18

MÉMOIRE

SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER

LES OPÉRATIONS

DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE

ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR ET D'Y REMÉDIER,

PAR J.-E. PÉTREQUIN,

Professeur à l'École de médecine de Lyon.

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

Paris. — Imprimé par E. Thunot et Cᵉ,
26, rue Racine, près de l'Odéon.

EXTRAIT

de la Gazette Médicale de Paris. — Année 1850.

MÉMOIRE

SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER

LES OPÉRATIONS

DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE

ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR ET D'Y REMÉDIER.

Depuis que l'opération de la taille a trouvé pour ainsi dire une rivale dans la lithotritie, la plupart des chirurgiens, divisés en deux camps opposés, ont professé à leur endroit des doctrines exclusives. Les sociétés savantes sont elles-mêmes devenues le théâtre de véritables tournois scientifiques où les champions sont venus à l'envi jouter en faveur de leur méthode de prédilection. Il en est résulté une sorte d'antagonisme qui de la théorie est descendue dans la pratique.

On s'est beaucoup récrié contre ces tendances ; mais il faut avouer que ces discussions n'ont point été stériles. Ces débats ont fait jaillir la lumière sur divers points du problème. Plus d'une vérité clinique est sortie de cette

lutte. Aujourd'hui il ne s'agit plus de proscrire l'une ou l'autre méthode, mais de les mettre à profit toutes deux. Il s'agit d'apprécier leurs avantages respectifs et leurs cas d'application, d'étudier avec soin la cause des accidents qui peuvent, en les compliquant, compromettre leur réussite, et enfin de rechercher les moyens soit de prévenir, soit de combattre ces complications intercurrentes, avant, pendant ou après l'opération elle-même. Ce qui a le plus contribué à retarder cette solution, comme toutes celles qui sont du domaine de la grande chirurgie, c'est à la fois la difficulté de pouvoir recueillir un chiffre suffisant de faits, et le petit nombre d'opérateurs qui ont le privilége de pratiquer sur un théâtre étendu. Ainsi, quand la bonne volonté existe, plus d'une fois le pouvoir manque.

Maintenant que nous avons tous pu profiter des statistiques publiées, et nous éclairer de la pratique comme des grands maîtres, la tâche est moins difficile ; je vais essayer, pour mon compte, en m'appuyant sur des observations cliniques qui me sont propres, d'aborder cette importante question de médecine opératoire, au point de vue surtout de l'étiologie et de la thérapeutique des complications intercurrentes. Après une pratique chirurgicale de douze années dans l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui, par sa population toujours croissante, est sans contredit un des principaux hôpitaux de l'Europe, j'ai cru qu'il était de mon devoir d'agir ainsi. Je scinderai le problème en trois parties, pour l'étudier d'une manière plus fructueuse.

PREMIÈRE PARTIE.

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LA LITHOTRITIE.

La lithotritie ou lithotripsie, par la nouveauté de ses instruments et les difficultés de la manœuvre, est restée longtemps l'apanage exclusif de quelques habiles spécialistes. L'expérience clinique n'avait point encore prononcé : on attendait. Mais à présent que cette cause est jugée, que la simplification du manuel opératoire lui a donné une large extension, nul chirurgien d'hôpital ne peut ni ne doit rester étranger à ses applications pratiques. Cette conquête doit être utilisée pour tous ; il faut la vulgariser.

C'est ainsi que nos efforts, unis à ceux de nos prédécesseurs, ont réussi à naturaliser dans les hôpitaux de Lyon et dans le sud-est de la France cette

belle opération. Parmi les exemples qui me sont propres, je relaterai principalement ceux qui peuvent le plus contribuer à éclairer la thèse que j'ai entreprise. Je commencerai par *la lithotritie chez la femme.*

COEXISTENCE DE DEUX CALCULS, L'UN DE 12 LIGNES DE DIAMÈTRE, L'AUTRE DE 9; COMPLICATION D'UN CATARRHE VÉSICAL CHRONIQUE ET D'UNE INCONTINENCE D'URINE QUI DATE DE SEPT ANS; GUÉRISON EN TROIS SÉANCES DE LITHOTRITIE.

Obs. I. — Julie Prost, âgée de 52 ans, de Saint-Julien-de-Tournu (Corrèze), mariée, mais sans enfants, a cessé d'être réglée à 48 ans; elle souffre de la vessie depuis neuf ans. La cause première de ces accidents lui est inconnue; seulement depuis cinq ans elle habite une loge de portier dans un rez-de-chaussée un peu humide. Elle a été longtemps traitée pour un catarrhe vésical.

Le 5 octobre 1844, elle fut reçue dans la maison de chirurgie de M. Pétrequin, en se présentant à lui de la part de M. le professeur Imbert, qui avait parfaitement reconnu la pierre. La malade souffre en urinant; il y a des pesanteurs à l'épigastre, des démangeaisons au méat urinaire, des douleurs dans les lombes. Les urines sont parfois sanguinolentes; elles précipitent constamment un dépôt mucoso-sablonneux. Depuis sept ans il y a incontinence d'urine. Dans le principe, elle ne perdait ses urines que levée ou lorsqu'elle se livrait à quelques exercices. Depuis quatre ans elle les perd lors même qu'elle est couchée; néanmoins les besoins de micturition étaient fréquents.

M. Pétrequin constate aisément la présence de la pierre avec une algalie; il a recours ensuite au lithotriteur gradué à cuiller pour arriver avec plus de précision (1). Il saisit un calcul de 12 lignes de diamètre, et en le maintenant fixé entre les branches, il peut en sentir distinctement un autre qui se présente contre l'instrument. En allant ensuite à sa recherche, il lui trouve un diamètre de 9 lignes. Inutile de dire que cette exploration a été précédée d'une injection d'eau tiède dans la vessie.

Le 7 octobre, première séance, que la malade supporte sans douleur. M. Pétrequin saisit plusieurs fois les calculs ou les brise facilement; le pignon suffit, sans recourir au marteau. On retire trois fois l'instrument plein de débris. (Grand bain; diète; repos au lit, etc.)

Le soir, pas de malaise ni de fièvre. Les urines sont transparentes; elle a rendu et continue à rendre, le 8 et le 9, beaucoup de débris de pierre.

Le 10, elle se trouve si bien qu'on procède à une deuxième séance. Les calculs sont brisés à plusieurs reprises sous de petits diamètres, et le lithotriteur est re-

---

(1) Nous dirons ici une fois pour toutes que M. Pétrequin a l'habitude de se servir de brise-pierres construits sur le modèle de ceux de M. Heurteloup.

tiré trois fois rempli de fragments. Les urines en charrient beaucoup dans la journée, et le lendemain il ne survient pas le moindre accident.

Le 13, troisième séance, qui fut la dernière. M. Pétrequin recherche avec soin et brise le reste de la pierre, dont les débris continuent à sortir jusqu'au 16. Les urines sont claires et transparentes. Tous les symptômes rationnels de la pierre ont alors disparu, et il est digne de remarque que l'incontinence d'urine a cessé dès les premières séances de lithotritie, et jamais depuis lors le lit de la malade ne se trouva mouillé ni le jour ni la nuit; elle se trouvait très-bien et se disait guérie.

Le 17, on explora la vessie avec le plus grand soin à l'aide du lithotriteur: l'examen le plus minutieux ne fit pas découvrir le moindre débris. On renouvela encore cette exploration le 20, sans rencontrer aucun vestige de graviers. Il n'y en a plus dans les urines depuis le 16; elles sont claires et transparentes et sortent sans cuisson. Il ne reste aucun symptôme morbide du côté des voies urinaires.

M. Pétrequin a revu cette malade en janvier 1845; le cathétérisme lui a fait reconnaître que la vessie demeure parfaitement libre, et le bénéfice de l'opération s'est conservé. (Recueillie par M. Million aîné, élève interne à l'Hôtel-Dieu.)

Ainsi voilà une malade qui a pu être délivrée en quelques jours de malaises intenses qui duraient depuis longues années; trois séances de lithotritie ont suffi. Chacune d'elles n'a guère duré que six à sept minutes; aucune n'a été suivie de douleurs ni d'accidents, et jusqu'ici la cure ne s'est pas démentie. L'incontinence d'urine n'a pas reparu, et la malade ne peut trop s'applaudir du bien-être où elle se trouve après avoir souffert si longtemps.

Depuis cette époque (et cette circonstance n'est pas indifférente à noter), cette malade est rentrée à l'hôpital dans mon service pour une récidive du catarrhe de la vessie, et pendant les quelques jours qu'elle y a séjourné, l'exploration la plus minutieuse n'a pu révéler l'existence du moindre fragment de calcul.

CALCUL DUR, PEU VOLUMINEUX, CONSÉCUTIF A UNE ANCIENNE HÉMATURIE ET COMPLIQUÉ DE CYSTALGIE CHRONIQUE; GUÉRISON EN DEUX SÉANCES.

Obs. II. — Marie X***, âgée de 43 ans, de Vénissieux (Isère), revendeuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 12 mars 1849, dans le service de M. Pétrequin, pour un calcul de la vessie. Il y a douze ans, elle eut une rétention d'urine, et depuis trois ans elle éprouve dans le bassin des malaises caractérisés par une pesanteur sourde, une sensibilité anormale, et plus tard des douleurs, de la

cuisson en urinant, etc. Depuis longtemps l'émission des urines se fait difficilement par un filet grêle, et parfois s'interrompt tout à coup. Les douleurs vésicales s'exaspèrent par la fatigue, par un faux pas, par le cahot d'une voiture, etc. La menstruation est généralement régulière; elle exerce néanmoins une influence fâcheuse sur la miction, qui devient alors plus pénible. Les urines, d'habitude claires et déposant peu, deviennent fétides et plus ou moins troubles après la fatigue.

La malade consulta successivement, dans le but de se soustraire à l'opération, les docteurs Baumès, Rapou et Bouchacourt; enfin elle se décida, après plusieurs mois d'un traitement sans effet curatif, à subir l'opération qu'on lui conseillait, et vint se confier aux soins de M. Pétrequin. On ne peut trouver aucune cause de la pierre, sinon une hématurie qui compliqua la rétention d'urine précitée et donna lieu plusieurs fois à des cail ots de sang. Deux explorations ayant parfaitement constaté l'existence d'un calcul caché en arrière, dans une sorte de cavité formée au bas-fond de la vessie, M. Pétrequin pratiqua, le 16 mars, une première séance de lithotritie avec un instrument dentelé, et non à cuillers. La pierre fut saisie et brisée six fois toujours dans le même lieu, sous les diamètres successivement de 6 lignes, 5 lignes et 4 lignes. L'opération ne dura que quelques minutes et fut bien supportée. (Bains; lavements; tisane et potions calmantes; repos.)

Il sort de petits fragments graveleux durs et grisâtres. Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, s'accompagnent d'une douleur légère; les urines sont faiblement nuageuses.

Le 18 et le 19, quelques graviers sont encore rendus, et comme il n'en reparaît plus, M. Pétrequin procède le 22 à une nouvelle séance. La vessie est très-vaste; il réussit néanmoins à saisir en arrière un fragment de 4 lignes et plusieurs autres plus petits qu'il brise successivement. (Grands bains, lavements, etc.)

Quelques débris sont rendus; il n'en sort plus le 24.

Le 28, on fait une séance d'exploration; on ne trouve plus rien. Il paraît que tout le calcul a été réduit en poussière ou en graviers. Les urines sont naturelles; la miction s'opère sans douleur. L'opérée se trouve si bien qu'elle demande sa sortie le 31 mars; elle n'urine pas plus souvent qu'en état de santé, savoir une fois la nuit et deux à quatre fois le jour. A son entrée, elle urinait dix fois le jour et sept à huit fois la nuit. La proximité de son domicile lui permet de revenir si le mal reparaît, et elle n'est pas encore revenue. (Recueillie par M. Jacquemet, élève des hôpitaux de Lyon.)

Si la disposition de l'urètre chez la femme facilite les manœuvres de la lithotritie (et nous verrons plus loin, obs. XIII et XIV, qu'elle favorise aussi l'extraction des corps étrangers), il n'en est pas de même de leur vessie, dont la capacité est souvent telle qu'elle se subdivise en divers comparti-

ments, ce qui complique alors la recherche des calculs, surtout s'ils sont petits et profondément cachés dans le bas-fond de la vessie, comme chez notre malade. Néanmoins la cure ici n'a guère exigé qu'une semaine pour une maladie qui datait de trois années.

La lithotritie chez l'homme est généralement moins facile; toutefois nous pourrons en citer des applications qui ne sont pas moins heureuses, comme les suivantes :

Obs. III. — M. C., propriétaire à Ecally, me fut adressé par M. Clément, son médecin, pour être opéré de la pierre. Il souffrait beaucoup de la vessie; l'hypogastre était sensible; il y avait douleur et pesanteur au périnée, envies fréquentes d'uriner et nécessité de changer souvent de position pour y satisfaire. Par intervalles le jet urinaire était brusquement interrompu. Le malade, déjà sur l'âge du retour, était fort et vigoureux. Je diagnostiquai un calcul d'acide urique, à qui son petit volume permettait de s'engager dans l'urètre.

Le 10 avril 1845, je fis une première séance de lithotritie avec M. Claudius Bernard, aujourd'hui médecin à Montluel. Je saisis le calcul par un côté, que je brisai.

Une deuxième séance eut lieu le 14; on ne put le saisir convenablement. Je dilatai alors le col de la vessie, dans l'espoir que le calcul, amoindri, pourrait y passer. Il sortit en effet dans la journée.

Une nouvelle exploration, le 16, de démontra rien. L'opéré n'a plus souffert depuis lors.

CALCUL DE 15 LIGNES DE DIAMÈTRE, TRÈS-DUR, AVEC COMPLICATION D'UN CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE ET RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT; GUÉRISON EN QUATRE SÉANCES.

Obs. IV. — M. J.-B. B., âgé de 66 ans, né et percepteur à Moutiers (Savoie), souffrait de la vessie depuis 1816. Il rendit un premier gravier en 1832, et continua ainsi à en uriner de temps en temps avec plus ou moins de coliques et de souffrances. Le malaise augmenta en 1842, et en 1843 il fut obligé de suspendre tout à fait ses fonctions. Le repos et un régime sévère ne suffirent point pour le soulager. En 1844 il fut adressé à M. Pétrequin par le docteur Blanc, médecin à Aix-les-Bains, et sur l'avis du docteur Martin (de Lyon), il se décida, le 3 août 1844, à entrer aux chambres de 12 francs, à l'Hôtel-Dieu, pour être plus à portée des soins du chirurgien en chef.

Il y avait envie fréquente d'uriner; le sommeil était incomplet, court, interrompu, l'appétit troublé, la nutrition affaiblie. Le malade était d'un tempérament lymphatique; ses forces avaient baissé. Les urines déposaient. Outre la dysurie, il y avait des douleurs au bout du gland. Le cathétérisme fit reconnaître l'existence d'une pierre assez volumineuse.

Le méat urinaire était étroit. Le 4, M. Pétrequin le débrida en avant et en arrière pour qu'il pût facilement admettre le lithotriteur. Il entretint l'agrandissement avec un cône d'éponge préparée à la cire.

Le 5, la sensibilité et la capacité de la vessie furent explorées à l'aide d'une injection d'eau tiède; elle en contenait 100 à 120 grammes.

Le 6, première séance. Le calcul est saisi sous 15 lignes; il ne peut être brisé par l'action seule du pignon, il ne cède qu'au marteau : il fallut environ quarante coups pour le rompre. Le lithotriteur est ensuite retiré deux fois rempli de débris. (Grand bain prolongé; lavement; tisane et potion calmante, etc.; diète.)

Le soir, l'opéré a un peu de céphalalgie et de fièvre, mais sans douleur et sans frisson; il a rendu et rend encore le lendemain beaucoup de fragments de calculs.

Le 8, il se trouve si bien qu'on procède à la deuxième séance. On ramène plusieurs fois les cuillers remplies de débris; mais il paraît que, dans un mouvement du malade, la vessie fut un peu pincée, et malgré l'emploi des bains, des cataplasmes et de la diète, il avait la fièvre le lendemain. Il avait souffert la nuit; les urines étaient chargées et comme sanguinolentes; la face était abattue. (On prescrit 8 sangsues au périnée, un grand bain prolongé, un demi-lavement, et l'on pratique trois fois dans la journée des injections calmantes dans la vessie.)

Le soir, presque tous les symptômes alarmants avaient disparu. Le mieux continua, et le 12, le dépôt des urines, au lieu de monter au milieu du verre, ne s'élevait plus qu'à quelques lignes. Le malade s'est levé hier et commence à manger. Il y a une légère douleur vers le colon droit, ce qui paraît tenir à la constipation. On provoque quelques selles, et le lendemain la fosse iliaque est indolore.

L'appétit revient; il n'y a point de fièvre; les urines redeviennent belles; il y a du sommeil; le malade se lève et se promène, etc.

Le 23, troisième séance. Le calcul est saisi et brisé trois fois : la première sous neuf lignes; on le casse à coups de marteau, mais avec la précaution de déplacer d'abord le lithotriteur pour s'assurer que la muqueuse n'est pas pincée. Cette séance se passe sans douleur et n'est suivie d'aucun accident. Aussi, le 26, on procède à la quatrième, qui fut la dernière. La pierre fut chargée et broyée trois fois. Les débris s'évacuèrent les jours suivants. Le soir, il y avait un peu de fièvre due uniquement à la présence d'un gravier assez volumineux qui s'était engagé dans l'urètre, et dont la sortie amena un soulagement instantané.

On crut alors devoir administrer quelques préparations opiacées et une décoction de quinquina en lavement pour relever les forces et maîtriser les sueurs profuses du malade, qui depuis ne revinrent plus. L'opéré commença dès lors à faire quelques promenades hors de l'hôpital.

Le 2 septembre, exploration de la vessie ; aucun gravier ne fut rencontré ; depuis plusieurs jours le malade n'en rend plus. Un dernier examen est pratiqué le 6. La vessie paraît complétement débarrassée ; les urines sont belles ; le besoin de les excréter fréquemment a disparu. Le malade n'éprouve plus aucun malaise ; il peut se promener à pied et en voiture sans aucun inconvénient. Il quitte l'hôpital le 9 septembre et Lyon le 10 dans un état extrêmement satisfaisant qui ne s'était pas démenti dix semaines plus tard. Il nous a écrit de nouveau à la fin de janvier 1845; il continue à jouir (1) du bénéfice de l'opération. (Recueillie par le docteur Michel Rambaud.)

Ainsi voilà un calcul volumineux et très-dur, qui faisait souffrir le malade depuis plus de vingt ans, et il a suffi de quelques jours de traitement et de quatre séances de lithotritie, dont une seule a été douloureuse, pour le débarrasser de ses longs malaises. (Nous reviendrons plus loin sur ce fait.) Le pincement de la vessie qui eut lieu dans une manœuvre, eût pu devenir la source de désordres graves sans les secours prompts qui furent administrés ; on a vu dans l'observation elle-même par quels moyens sûrs on peut éviter le retour de cet accident. Le rétrécissement du méat urinaire est une complication assez commune ; beaucoup moins fâcheux que les rétrécissements de l'urètre dont il importe de le distinguer, il exige toujours un débridement préalable pour faciliter le jeu de instruments. Le cas qui suit en offre un exemple comme celui qui précède.

CALCUL TRÈS-DUR D'URATE DE CHAUX, DE 19 MILLIM. AU MOINS, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT, ETC. ; ACCIDENTS : ENGAGEMENT DE PLUSIEURS FRAGMENTS DANS L'URÈTRE ; GUÉRISON EN DEUX SÉANCES.

Obs. V. — Frédéric Besson, âgé de 21 ans, menuisier à Baumont, près de Valence (Drôme), souffre depuis deux ans du côté de la vessie, les urines deviennent rougeâtres par la fatigue, et souvent sortent avec peine, ou même s'interrompent brusquement dans leur cours. Depuis trois mois, le mal ayant beaucoup empiré, il est forcé d'abandonner son travail de menuisier. Enfin, adressé à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Montoison, il est admis le 29 octobre 1849 dans le service de M. Pétrequin qui constate ce qui suit : besoin fréquent d'uriner jour et nuit, émission des urines avec gêne et cuisson, jet urinaire souvent interrompu, impossibilité de supporter la marche, le travail ni les cahots d'une voiture, douleur et pesanteur à l'hypogastre et au périnée, urines

---

(1) Sur l'avis de M. Pétrequin, il s'est rendu aux eaux minérales alcalines d'Evian (Savoie) dont l'action médicamenteuse a été très-bienfaisante pour les voies urinaires.

muqueuses, catarrhales, avec un dépôt jaunâtre ; sommeil interrompu, appétit médiocre, constipation, rétrécissement du méat urinaire. M. Pétrequin explore la vessie qui est d'une sensibilité extrême, et il nous fait connaître l'existence d'un calcul. Le 3 novembre il débride le méat urinaire qu'il tient ensuite dilaté avec un cône d'éponge préparée ; une fois l'inflammation traumatique dissipée, il prépare le malade à l'opération par des bains, des lavements, une purgation et un régime convenable.

Le 20 novembre, première séance de lithotritie après une injection préalable dans la vessie. M. Pétrequin saisit cinq fois la pierre sous les diamètres successifs de 18 et 17 millim.; elle est très-dure ; elle exige l'emploi de l'étau et plus de cinquante coups de marteau pour la briser. L'opéré rend des fragments noirâtres et d'une dureté pierreuse. L'analyse chimique faite par M. Saint-Lager, interne à l'Hôtel-Dieu, montre que la base du calcul est un urate de chaux, il s'y joint un peu de phosphate ammoniaco-magnésien, la couleur noire paraît tenir à une substance animale incorporée avec les éléments calcaires. (Bains, tisane, potions calmantes.)

Le 23, le malade ne rendant plus de gravier, on procède à une deuxième séance. M. Pétrequin saisit deux fois la pierre avec le lithotriteur à cuillers sous 17 et 16 millim., et ne peut la briser qu'à grands coups de marteau. Plusieurs fragments s'engagent dans le canal ; M. Malichecq, interne du service, en extrait un dans la journée ; le lendemain matin M. Pétrequin en retire un autre avec la curette articulée de M. Leroy-d'Etiolles ; le 25, un troisième est retiré de même. Ces fragments sont gros et quadrilatères ; leur passage occasionne un peu de fièvre ; il sort ensuite quelques graviers. Le 27, le malade n'en rend plus ; il se trouve de mieux en mieux ; les urines sont à peine muqueuses ; elles s'écoulent aisément. Les douleurs vésicales se dissipent.

Le 2 décembre, M. Pétrequin pratique un cathétérisme explorateur, et ne trouve rien ; l'amélioration progresse, les besoins d'uriner diminuent.

Le 5, on procède à une dernière séance d'exploration, mais sans découvrir le moindre fragment. L'opéré se croit entièrement guéri ; le sommeil, l'appétit et les digestions vont bien ; la miction se fait de mieux en mieux ; il ne se réveille plus qu'une ou deux fois par nuit et ne souffre plus en urinant. Néanmoins, M. Pétrequin le garde encore en observation pendant quelques jours pour s'assurer si la cure ne se dément pas.

Le 12 décembre, le malade part dans le meilleur état. (Recueillie par M. Chaumier, élève des hôpitaux.)

Le débridement du méat urinaire amena une inflammation œdémateuse du prépuce qui recula l'époque de l'opération. Quant à celle-ci, elle se compliqua d'un accident plus grave, je veux parler de l'engagement des fragments qui s'enclavent pour ainsi dire dans le canal ; s'ils s'arrêtent près de la fosse naviculaire, on a vu par quels moyens on a pu les dégager ;

mais s'il y a à la fois encombrement de l'urètre et du col vésical, les difficultés sont beaucoup plus grandes, comme on va le voir dans le cas qui suit.

CALCUL TRÈS-DUR, DE 13 LIGNES DE DIAMÈTRE; ACCIDENTS: FIÈVRE INTERMITTENTE; PNEUMONIE DU PREMIER DEGRÉ; ENCOMBREMENT DU COL VÉSICAL, ET PAR SUITE OEDÈME DE LA VERGE ET PHYMOSIS, ETC.; GUÉRISON EN SIX SÉANCES.

Obs. VI. — J.-B. Jamme, âgé de 50 ans, journalier, né à Rochemaure (Ardèche), entre le 16 mai 1846 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il est adressé à M. Pétrequin, salle des opérés n° 12. Il raconte que, malade depuis deux ans, il a commencé à ressentir des douleurs vagues dans l'hypogastre, dans les lombes, avec sentiment de prurit vers le gland. Plus tard, l'excrétion des urines fut gênée ; les besoins revenaient irrégulièrement ; les urines, quelquefois complétement arrêtées, le plus souvent coulaient goutte à goutte sur le scrotum et les cuisses, qui devenaient alors le siége d'irritations érysipélateuses extrêmement douloureuses Les grands bains, les cataplasmes émollients dans l'occasion, rétablissaient le cours des urines. Ce malade, après avoir consulté un grand nombre de médecins dont aucun ne le sonda, bien que plusieurs eussent soupçonné l'existence d'un calcul, entra à l'hôpital de Montélimart, où l'on constata positivement la présence d'une pierre et d'où on l'adressa au docteur Rodet (de Lyon) ; celui-ci après l'avoir sondé l'envoya à M. Pétrequin pour qu'il l'opérât. Le calcul constaté de nouveau, le malade fut préparé à l'opération par de grands bains, des lavements huileux, etc.

Le 19 mai, la vessie reçoit facilement 100 grammes d'eau pour injection, et le malade en éprouve même un bien-être d'un heureux augure. La pierre saisie, sous un diamètre de 12 lignes, cède sous la pression du pignon, mais non sans une grande résistance. On retire l'instrument (lithotriteur à cuillers), et on reconnaît que les fragments qu'il rapporte sont d'une excessive dureté ; l'instrument introduit une seconde fois, la pierre est chargée à trois reprises différentes, d'abord sous des diamètres de 11, 12 et 13 lignes, elle cède à grande peine sous l'effort du pignon ; saisie une quatrième fois sous 11 lignes, on ne parvient à la faire céder qu'à l'aide de l'étau et du marteau. (Bain, lavement, tisane et potion calmante.)

Les jours suivants, le malade est très-bien et rend quelques pierres dont le passage cause un peu de douleur.

22 mai, deuxième séance. Le canal est encombré de débris ; le calcul est saisi à trois reprises, deux fois sous 14 lignes et une fois sous 11. Il est brisé deux fois avec le pignon après l'avoir été une première fois avec le marteau. (Même prescription.) Cette séance fut suivie des mêmes résultats que la précédente.

26 mai, troisième séance. M. Pétrequin saisit quatre fragments, trois de 6 lignes et un de 3 lignes. Ils cèdent tous les quatre au marteau. (Même prescription que le 22.

27 mai. Le malade est très-bien; il rend des pierres et n'a uriné que deux fois dans la nuit.

28 mai. Un peu de fièvre, coliques, deux vomissements, douleurs à l'hypogastre. Le malade a uriné huit fois cette nuit. On est obligé de recourir à une sonde de petit calibre pour le sonder. (Grand bain, lavement miellé huileux.)

29 mai. Souffrances moindres. (Injections émollientes dans la vessie, grand bain.)

30 mai. Le malade a pris froid en sortant du bain; il est plus fatigué qu'hier. Langue blanche; embarras gastrique. (Potion calmante, tisane de tilleul et feuilles d'oranger. Ce matin, lavement huileux. Ce soir, lavement avec quina, valériane et pavot; extrait de quina, 2 grammes.)

1er juin. Le malade est mieux et ne dit uriner que trois fois par jour.

2 juin, quatrième séance. On ne saisit qu'un fragment de 4 lignes qui est brisé.

3 juin. Le malade a un peu de fièvre; il n'a pas souffert cependant et n'a uriné que trois fois depuis hier matin. Il rend peu de débris.

5 juin. Il a rendu un gros calcul hier; il accuse des urines troubles.

6 juin. Les urines sont effectivement un peu troubles, et présentent un petit dépôt glaireux, blanchâtre. (Injections vésicales, cataplasme, grand bain.)

7 juin. Douleurs dans le bas-ventre; toutefois urines plus claires, moins de dépôt. (Injections émollientes et narcotiques.)

8 juin. Le malade urine bien, mais il dit éprouver le soir, de six heures à minuit, un accès de fièvre avec sueurs abondantes sans frisson initial. L'année dernière il eut cette même fièvre. (Lavement avec quina, valériane et pavot; extrait de quina, 2 grammes.)

9 juin, cinquième séance. Le malade est bien; la fièvre a été moins forte hier. On charge et on brise deux fragments de 3 lignes. (Grand bain; même lavement pour donner à midi.)

10 juin. Le malade est très-fatigué; fièvre; oppression. Il a pris froid hier. L'auscultation démontre un engouement pulmonaire. Nonobstant il a rendu quatre fragments dont un assez gros. (Tisane de mauve et de tilleul; potion avec tartre stibié, 10 centigr.; une petite saignée du bras.)

11 juin. La poitrine est mieux; la toux et l'oppression sont moindres; la fièvre du soir est revenue plus légère; le malade souffre d'un calcul engagé dans l'urètre. (A prendre dans la journée, camphre et opium, 6 centigr.; sulfate de quinine, 30 centigr., en trois pilules.)

12 juin. La fièvre a été moins forte et retardée; le malade souffre du calcul engagé. (Injection d'eau tiède pour le repousser.) L'injection ramène deux fragments. Soulagement.

13 juin. L'accès de fièvre persiste. Les pilules ont été égarées hier.

14 juin. L'accès a été moindre, mais le malade a éprouvé de fortes douleurs à l'hypogastre. Les urines sont sanguinolentes et purulentes. La verge est œdéma-

tiée ; il y a un véritable phymosis qui ne permet qu'à grand'peine le cathétérisme. La sonde est arrêtée au niveau du col par un amas de graviers ; mais le malade peut uriner seul ; il ne rend plus de débris. (Injections émollientes deux fois par jour.)

15 juin. Même état qu'hier. Injection émolliente ; le canal est débarrassé bien que le malade n'ait pas rendu de pierres.

16 juin. Point d'accès hier. Même état des urines.

17 juin. L'accès est revenu et a duré deux heures, mais faiblement.

18 juin, sixième séance. On saisit et on brise deux fragments, un de 7 lignes et un de 6 lignes. On cherche vainement d'autres pierres. Les urines sont toujours puriformes.

19 juin. Embarras gastrique. (Eau de Sedlitz, deux verrées le matin.)

20 juin. Léger accès hier. Le malade l'attribue à la douleur que lui cause le passage des fragments. Hier il en a rendu un assez gros. (Lavement avec sulfate de soude, 15 grammes ; continuer le lavement avec quina, valériane et pavot.)

22 juin. Le malade va très-bien ; il urine facilement et peu souvent ; ses urines sont à peu près normales. Il ne rend plus de gravier et songe à partir.

23 juin, séance d'exploration. Le lithotriteur ne rencontre rien nulle part. Le malade est très-bien ; les urines sont normales ; sa fièvre est encore un peu revenue à minuit.

24 juin. Le malade part parfaitement bien portant. (Recueillie par M. Al. Chavanne, interne des hôpitaux.)

L'œdème et le phymosis déterminés par l'accumulation des débris des calculs au col de la vessie, et consécutivement par l'inflammation traumatique de ces parties, constituent un accident dont la gravité augmentait par la complication intercurrente d'une fièvre quotidienne et d'une pneumonie au premier degré. Un traitement énergique a réussi à en triompher, et la terminaison a été des plus heureuses.

CALCUL DUR, DE 28 MILLIM., PRÉCÉDÉ D'UNE HÉMATURIE, COMPLIQUÉ D'UN CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT ; ACCÈS DE FIÈVRE PERNICIEUSE APRÈS QUATRE SÉANCES.

Obs. VII. — François Saclier, maréchal ferrant, âgé de 64 ans, né à Chaudenay (Saône-et-Loire), d'un tempérament lymphatique, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, le 12 octobre 1846, annonce qu'il souffre depuis huit ans. A cette époque ayant fait un assez long voyage en voiture, il fut pris d'une hématurie abondante accompagnée de douleurs lombaires. L'hématurie et les douleurs cessèrent avec le repos. Deux ou trois ans s'écoulèrent ensuite sans accidents, puis survinrent rapidement de nouvelles douleurs dans les reins et de grands troubles dans l'émission des urines. Au moindre exercice violent, la

miction devenait pénible, douloureuse, difficile; les envies d'uriner surtout pendant la nuit se répétaient toutes les demi-heures et même tous les quarts d'heure. Ces symptômes s'accroissant de jour en jour, Saclier consulta un chirurgien de Macon qui reconnut l'existence d'un calcul vésical et l'engagea à venir à Lyon. A son arrivée, il urinait goutte à goutte avec la plus grande peine, et quelques jours avant son entrée, il avait compté vingt émissions d'urine dans un jour et vingt-cinq dans la nuit suivante.

15 octobre. Première séance. La vessie, préalablement injectée, M. Pétrequin charge d'abord deux fois le calcul sous 28 et sous 11 millimètres et le brise avec le marteau. Avec un second lithotriteur, il saisit trois fragments de 10, de 8 et de 3 lignes ; les deux derniers peuvent être réduits avec le pignon. Les fragments rapportés par l'instrument sont gris noirâtres. (Lavement; grand bain ; tisane et potions calmantes.) Bouillon et soupe pour régime.

16 octobre. Pas de fièvre, peu de souffrances, mais le malade a rendu un peu de graviers, ses urines sont troubles et contiennent une notable quantité de muco-pus. Mais ce dépôt, au dire du malade lui-même, existe depuis plusieurs mois déjà.

17 octobre. Douleurs dans l'urètre causées par le passage des graviers.

20. Deuxième séance. Le col est encombré de débris. On casse et on brise, soit avec le pignon, soit avec le marteau, quatre fragments, deux de 11 lignes et deux de 7 lignes. Cette fois, comme la première, le malade n'accuse pas de douleurs pendant l'opération. (Grand bain ; potion calmante.)

21. L'ouverture du méat ayant paru trop étroite dans ces deux séances, on le débride en avant et en arrière, et on maintient les incisions avec des morceaux coniques d'éponge préparée.

22. Le passage des débris cause quelques douleurs au malade, au col de la vessie. Injections émollientes pour les calmer. Pas de fièvre.

27. Troisième séance. On charge et on réduit, tantôt avec le pignon, tantôt avec le marteau, cinq fragments : deux de 6 lignes, un de 9, un de 4 et un de 6 lignes ; puis enfin un sixième de 18 millim.

28. Le malade dit avoir eu un peu de fièvre, mais actuellement tout va bien, moins la douleur que détermine le passage des débris.

29. La fièvre se confirme. Agitation. (Potion calmante ; lavement avec mauve, valériane et pavot.)

30. La fièvre s'est calmée. Injections émollientes que l'on continue tous les jours.

31. Quatrième séance. Le col est toujours encombré. On saisit d'abord quatre fragments, deux de 3 lignes, un de 5 lignes, et un de 8 lignes ; puis avec un autre lithotriteur, un de 11 millimètres, on les brise avec le marteau et le pignon. (Tisane et potions calmantes ; même lavement, un autre de graines de lin pour le soir ; grand bain.)

1er novembre. Injections émollientes. On continue les lavements.

2. Fièvre. Le malade accuse des douleurs au niveau du col vésical.

3. Les urines sont toujours chargées et muqueuses. Le col est toujours encombré. (Injections ; lavement comme ci-dessus.)

4. Même état. Les douleurs persistent pour uriner. (Mêmes prescriptions.)

5. L'état du malade est stationnaire. Les besoins d'uriner reviennent environ toutes les heures.

6 Tous les accidents, les douleurs hypogastriques surtout, ont brusquement augmenté avec les accès de fièvre. (Potion calmante ; lavement de quina, valériane et pavot.)

7. Le malade est mort cette nuit dans un accès de fièvre pernicieuse. (Recueillie par M. Chavanne, interne des hôpitaux.)

A part l'âge du malade, les conditions dans lesquelles cette opération a été entreprise, toutes défavorables qu'elles se trouvaient, ne l'étaient pas plus que dans le cas précédent, qui présente avec elle plus d'une analogie. Peut-être même les accidents urinaires étaient-ils moins fâcheux en eux-mêmes; il n'y a eu ni œdème de la verge, ni phymosis, ni pneumonie. Toutefois, commencée sous de si heureux auspices, cette lithotritie a eu une issue fatale ; c'est que si on a pu apprécier et combattre les conséquences morbides de la cystite, il n'en a plus été de même de l'autre complication, qu'on ne pouvait ni prévoir ni combattre, et ici, comme cela arrive malheureusement dans bien d'autres lésions, cette fièvre pernicieuse est venue littéralement foudroyer le malade.

CALCULS MULTIPLES, DE 9 ET 10 LIGNES DE DIAMÈTRE, AVEC COMPLICATION DE DYSURIE ET D'UN CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE ; DIATHÈSE CALCULEUSE ; SEPT SÉANCES.

Obs. VIII. — Claude-François Villet, âgé de 72 ans, ouvrier en soie à la Croix-Rousse (Rhône), souffre depuis longtemps de douleurs urineuses qui ont empiré surtout depuis quatre mois. Après divers traitements infructueux, il consulte le docteur Levrat aîné, qui reconnaît l'existence de la pierre, et l'envoie à l'hôpital, où il l'adresse à M. Pétrequin. On constate la présence de deux calculs, et après les préparations convenables, on procède, le 15 juin 1847, à une première séance de lithotritie. La vessie est très-sensible, les besoins d'uriner fréquents; les urines troubles, sortant avec douleur ; l'état général affaibli par l'âge et la maladie. (Cet homme avait fait les campagnes militaires d'Italie où il avait souffert de grandes fatigues, etc.) M. Pétrequin saisit quatre fois les calculs, sous les diamètres successivement de 10 lignes, de 9, de 8 et de 7 lignes. Il se sert d'un lithotriteur à cuillers. La pierre est dure et nécessite l'em-

ploi du marteau (1). Les suites sont heureuses. Beaucoup de débris sont rendus, et le 19 juin on peut faire une deuxième séance.

On brise plusieurs fragments de 4 et de 5 lignes. (Bain ; tisane et potions calmantes.)

Troisième séance le 24 juin. La pierre est saisie trois fois sous les diamètres de 5 et de 4 lignes. Le malade rend encore beaucoup de graviers, mais la sensibilité morbide de la vessie s'exaspère. Il y a recrudescence du catarrhe vésical. Les mucosités embarrassent les fragments et retardent leur sortie. Cette complication ajourne une nouvelle application des instruments; elle est combattue par les bains, les injections, le quina, l'opium, etc.

Le 27 juillet, M. Pétrequin peut procéder à une quatrième séance. On dirait que cet homme paraît en proie à une diathèse calculeuse, car les pierres paraissent avoir grossi. On saisit un fragment de 9 lignes et un de 8 lignes. Le lithotriteur est retiré ensuite, garni de poussière tassée dans ses cuillers. Il n'y a pas d'accidents. On presse les séances pour ne pas donner lieu à de nouveaux dépôts.

Le 29 juillet, M. Pétrequin fait une cinquième séance. Il saisit plusieurs fois le calcul sous les diamètres de 4, 3, 5 et de 2 lignes.

Une sixième séance a lieu le 7 août. On ne saisit plus que des débris d'un petit volume de 2 à 3 lignes.

Une dernière séance a lieu quelques jours après. Le malade se trouve de mieux en mieux. Les malaises des voies urinaires se sont dissipés successivement, et après deux explorations minutieuses qui ne font plus rien découvrir.

Le sieur Villet part en très bon état à la fin du mois. On le revit quelque temps après, la cure ne s'était pas démentie. (Recueillie par M. Bourland.)

Le grand âge de l'opéré, la coexistence de plusieurs pierres, la recrudescence du catarrhe vésical, et les accidents provoqués par l'arrêt des débris et l'encombrement du col qui retardèrent de plus d'un mois la quatrième séance, sont autant de circonstances défavorables qui devaient faire porter le plus fâcheux pronostic dont la gravité s'augmentait encore par la diathèse calculeuse du malade; néanmoins aucun accès de fièvre pernicieuse n'étant venu compliquer son état, la terminaison a été heureuse, et avec un traitement convenable, nous avons pu mener à bonne fin cette opération, qui était loin de s'annoncer sous d'heureux auspices.

Nous reviendrons plus loin sur ce fait. L'extrême sensibilité morbide de la vessie et de son col, qu'on avait à combattre dans le cas qui suit, devait

---

(1) A l'analyse chimique, MM. Pétrequin et Buisson constatent que l'acide urique forme la base presque exclusive de ce calcul.

inspirer de sérieuses inquiétudes sur les accidents opératoires; on les conjura heureusement par une médication prophylactique.

CALCUL TRÈS-DUR, DE 24 MILLIMÈTRES, AVEC HYPERSENSIBILITÉ DE LA VESSIE; SUB-IRRITATION DU COL TRÈS ANCIENNE, ETC.; TRAITEMENT PRÉPARATOIRE; GUÉRISON EN CINQ SÉANCES DE LITHOTRITIE.

Obs. IX.—M. B..., de Roanne (Loire), âgé de 56 ans, grand, fort, bien constitué, d'un tempérament sanguin, n'a jamais pu supporter le moindre retard dans l'émission de ses urines; il a toujours été obligé de satisfaire immédiatement au premier besoin qui se faisait sentir. Depuis trois ans, cette infirmité s'est accrue, les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents, et le moindre retard à les satisfaire détermine la sortie involontaire des urines. Vers cette même époque, la miction a commencé à devenir douloureuse. Les douleurs dans le gland sont devenues assez fréquentes, soit pendant les excrétions des urines, soit en dehors des moments de cette fonction. Un premier médecin, consulté à Roanne, sonde le malade et annonce que la vessie est encombrée d'un ou de plusieurs calculs. M. Brachet, consulté à Lyon au commencement de juillet 1848, constate la présence d'une pierre assez volumineuse. M. Pétrequin, appelé alors pour opérer le malade, diagnostique également l'existence d'un calcul, on reconnaît en même temps que la vessie est très-susceptible, très-contractile, et qu'elle supporte difficilement même quelques onces d'injections.

Aussi il s'occupe de faire subir un traitement préparatoire, du 12 juillet au 26, en s'efforçant de diminuer cette sensibilité morbide par des bains et des injections calmantes, à l'aide du cathétérisme, des lavements, une purgation, etc.

27 juillet. Le malade paraissant suffisamment préparé, M. Pétrequin fait une première séance de lithotritie, assisté des docteurs Brachet, Rambaud, Fenin et C. Perrin. On reconnaît avec plaisir que la vessie reçoit sans peine 6 à 8 onces de liquide, pourvu qu'on le pousse avec précaution. Le calcul est saisi sous un diamètre de 24 millimètres. Les premiers coups de marteau font marcher rapidement la branche mâle de l'instrument; mais arrivé à 6 ou 7 millimètres de la fin de la course, il est impossible de la faire avancer davantage, malgré 150 à 200 coups de marteau vigoureusement appuyé. Dans la crainte de fausser l'instrument sans lâcher complétement le calcul, M. Pétrequin tâche de le déplacer un peu en secouant le lithotriteur, puis serrant de nouveau, il parvient cette fois à briser ce noyau si dur.

La pierre est ensuite saisie et brisée trois fois sous des diamètres de 22 millim., 20 millim., et 18 millim., sans grands efforts. On retire alors l'instrument, et on fait quelques injections. Les premiers jets reviennent un peu colorés par le sang; on introduit un nouvel instrument à cuillers plus larges et plus fortes. Le calcul est saisi deux fois sous 22 millim., et une fois sous 18 millim. Cette se-

conde fois, il cède plus facilement sous les coups du marteau. On fait de nouvelles injections qui ressortent un peu colorées, d'abord pour reprendre presque aussitôt leur coloration naturelle. L'opération est bien supportée. Le malade prend aussitôt un bain tiède de deux heures. (Tisane de mauve et violettes; lavement de mauve et pavots.)

28 juillet. Le malade a passé une bonne nuit, et n'a éprouvé aucun accident. Il a peu rendu de graviers (1).

3 août. Deuxième séance. En présence des docteurs Brachet, Rambaud et Cambay, l'injection et l'introduction de l'instrument s'exécutent avec assez de facilité. On saisit six fois des fragments, une fois sous 8 lignes, une fois sous 6 lignes, deux fois sous 5 lignes, et deux fois sous 3 lignes. On les brise tous avec le marteau, mais assez facilement et sans douleurs vives. Seulement, dans le cours de la manœuvre, on est obligé de retirer l'instrument pour nettoyer ses cuillers encombrées par un détritus solidement tassé. On sent dans le bas-fond de la vessie de nombreux fragments qui semblent de petit volume, on pense avoir suffisamment brisé les plus gros, comme la suite le prouva. Du reste, le malade n'a accusé aucune douleur et se trouve parfaitement bien. Injections réitérées. Elles reviennent avec leur couleur normale. (Bain; lavement; potion calmante.)

Les jours suivants, l'opéré rend une grande quantité de graviers, dont quelques-uns assez gros, sans aucune douleur, et avec une facilité remarquable. Il n'a pas de fièvre et se trouve très-bien.

9 août. Troisième séance. Depuis le 6, le malade ne rend plus de débris. L'injection et l'introduction de l'instrument se font, comme toujours, facilement. On saisit huit fois et on brise sans peine avec le marteau des fragments de différents diamètres : deux de 4 lignes, deux de 3 lignes, deux de 6 lignes, un de 8 lignes, et un de 5 lignes. Plusieurs fois, dans cette séance, on est obligé d'aller rechercher des fragments dans le bas-fond de la vessie et au-dessous du col. La manœuvre en est un peu compliquée, et une seule fois le malade en éprouve une légère douleur. (Injections qui reviennent avec leur couleur.) Le malade se trouve très-bien et se met au bain après la séance. (Lavement; tisane et potion calmante.)

Le lendemain et les jours suivants, M. B... n'éprouve ni fièvre ni accident, et pisse d'abondants débris.

17 août. Quatrième séance. Depuis quatre jours, il ne sort plus de graviers; on saisit et on brise avec le marteau sept fragments : un de 6 lignes, un de 3, deux de 4, un de 4 lignes et demie, un de 2 lignes et demie, et un tout petit. Tous ces fragments ont été chargés en arrière et au niveau du col, un seul à droite. Deux

---

(1) L'analyse chimique, que M. Pétrequin a faite avec M. Buisson, a montré que ce calcul était composé d'acide urique.

fois la vessie s'est contractée et a chassé du liquide de l'injection le long de l'instrument sur lequel on serre modérément la verge. On met le malade au bain dans l'état le plus satisfaisant.

Les jours suivants, l'opéré rejette des graviers sans que rien ne soit changé à sa bonne santé habituelle.

22 août. Cinquième séance. Depuis deux jours, l'émission des débris de pierre a cessé. On saisit huit ou dix petits fragments; les plus gros sont de 3 lignes; on en cherche vainement de plus volumineux. M. Pétrequin cède au docteur Brachet l'instrument pour contrôler son exploration, mais il ne peut non plus trouver un seul fragment.

Le lendemain et les jours suivants, les choses se passent bien. Le malade rend des débris de calculs et n'est aucunement incommodé.

30 août. Séance d'exploration. Le malade accusant encore un certain embarras dans l'émission des urines, on explore attentivement tous les recoins de la vessie, et comme on ne rencontre rien, on est convaincu que cette gêne n'existe que depuis la dernière séance et est le résultat d'un peu d'irritation du col, et non point de la présence de débris dans la vessie. Les urines sont belles, et le malade a pu faire impunément, ces jours passés, une promenade de 28 kilomètres en voiture. On le considère comme guéri, et si on le garde encore quelques jours à Lyon, c'est par pure précaution et par excès de prudence. (Recueillie par le docteur M. Rambaud.)

L'hypersensibilité pathologique de la vessie, qui ne pouvait supporter d'abord aucune injection, et l'ancienne irritabilité de son col, qui forçait le malade à obéir immédiatement au premier besoin d'uriner, constituaient sinon des contre-indications absolues, du moins des circonstances très-défavorables. J'ai pris soin de faire subir un traitement préparatoire qui a exercé la plus heureuse influence. J'ai amorti l'irritabilité morbide du col par le cathétérisme et la dilatation lente et progressive du méat urinaire. J'ai pris soin en même temps d'habituer la vessie à des injections émollientes (décoction de mauves et de têtes de pavots); un régime approprié, des lavements, des tisanes délayantes concouraient au même but. Aussi, après quatorze jours d'un traitement préparatoire, cette opération, qui devait encore faire craindre des orages, s'est passée avec une remarquable simplicité. J'avais soin, comme toujours, avant de procéder à une nouvelle séance, d'attendre que l'irritation traumatique de la précédente fût dissipée : de sorte que l'opéré a pu se considérer, pendant tout le cours de cette lithotritie, pour ainsi dire comme en état de parfaite santé, et à part quelques remèdes pris dans l'intervalle des séances, il s'est trouvé guéri et débarrassé de son calcul sans en souffrir et presque sans s'en apercevoir.

Je l'ai ensuite assujetti à un régime de vie antilithique, et pour modifier radicalement l'état des voies urinaires, dont il souffrait d'ancienne date, je l'ai engagé à passer une saison aux eaux minérales de Vichy; il s'en est très-bien trouvé, et j'ai récemment appris de son gendre, négociant à Lyon, qu'il continue à jouir du bénéfice complet de l'opération.

A mesure que nous avançons, nous allons trouver des complications qui diffèrent pour leur degré, pour leur forme ou leur point de départ. Désireux de prémunir les praticiens contre les principaux accidents qu'on a à redouter, je cherche à en dérouler successivement les phases suivant un ordre méthodique. En voici de nouveaux exemples.

CALCULS MULTIPLES, DE 24 ET DE 35 MILLIMÈTRES, TRÈS-DURS, AVEC HYPERSENSIBILITÉ DE LA VESSIE ET DE SON COL; RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT ET DE LA FOSSE NAVICULAIRE, ETC. — ACCIDENTS DIVERS : FIÈVRE URÉTRALE, DIATHÈSE CALCULEUSE, ENCOMBREMENT DU COL VÉSICAL, ENCLAVEMENT SUCCESSIF DE QUATRE GROS FRAGMENTS DANS L'URÈTRE ET LA FOSSE NAVICULAIRE; GUÉRISON COMPLÈTE.

Obs. X. — Hercule Thézele, né à la Fère, âgé de 48 ans, commis voyageur, est adressé à M. Pétrequin pour une grave maladie des voies urinaires, et entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans son service de la salle des opérés le 4 décembre 1847. D'une constitution sanguine et forte, et habitué comme tous ceux de sa profession à une vie active et à quelques petits excès, il raconte qu'il s'est toujours bien porté et n'a jamais ressenti d'incommodité d'aucune espèce jusqu'au mois d'août 1845. A cette époque et pour la première fois, il fut tout à coup pris de violentes coliques qui cessèrent brusquement après quelques heures, et furent remplacées par de vives douleurs ayant leur siége au niveau de la vessie. Ces douleurs, qui s'accompagnaient d'envies fréquentes d'uriner, de sueurs abondantes et de frissons, revinrent à des époques indéterminés dans la suite, et surtout chaque fois que le malade se livrait à quelques écarts de régime. Néanmoins il put continuer ses affaires et ses voyages jusqu'au mois de septembre 1847. A ce moment les douleurs devinrent plus vives et plus fréquentes. L'émission des urines s'embarrassa de plus en plus; il commença à éprouver la sensation d'un poids dans le petit bassin et comme des piqûres d'épingle dans le bas-ventre; le sommeil et l'appétit sont troublés; il ne peut plus continuer ses voyages; la moindre fatigue exaspère ses souffrances. C'est dans cet état qu'il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin.

Le 10 décembre, la vessie préalablement remplie d'eau tiède, on sonde le malade, et l'on constate la présence de calculs volumineux. Cette première et généralement inoffensive exploration, faite avec tous les ménagements possibles, fut suivie pourtant d'une fièvre violente qui persista plusieurs jours malgré un traitement approprié.

Le 23 décembre, seconde exploration, suivie des mêmes accidents, ce qui

oblige de nouveau d'ajourner la lithotritie et d'entreprendre un traitement préparatoire.

Le 3 janvier 1848, tous les accidents calmés, M. Pétrequin procède à l'opération, pousse une injection tiède et introduit le lithotriteur. Après plusieurs tentatives, on saisit un calcul sous un diamètre de 24 millim. L'opérateur pense l'avoir chargé suivant son plus grand diamètre (1).

4 janvier. Léger accès de fièvre. On trouve dans les urines quelques petits fragments. (Grand bain ; tisane de violette et tilleul ; pot. calmante ; lavement avec quina, valériane et pavot.)

Le 11 janvier, seconde séance. On saisit et on brise à l'aide du marteau un fragment de 10 millim. Pour retirer l'instrument dont la cuiller est engorgée par les débris, on est obligé de débrider le méat urinaire. Le malade a supporté sans fatigue cette seconde épreuve. Tout se passe bien les jours suivants : l'opéré rend plusieurs fragments et trouve que l'émission des urines est moins souvent douloureuse.

19 janvier. Un fragment triangulaire arrêté dans la fosse naviculaire et engagé dans le méat est extrait à l'aide de la curette articulée de M. Leroy-d'Étiolles, après avoir débridé le méat. Le malade déclare qu'il avait depuis deux jours de la peine à uriner, et que ce fragment devait avoir séjourné tout ce temps dans le canal de l'urètre.

Le 20 janvier, douleur, fièvre intense depuis hier, pouls fréquent, face injectée. (Diète, repos ; tisane de violette et tilleul, potion calmante, lavement avec quina, valériane et pavot.)

22 janvier. La fièvre est tombée ; l'état général est bon ; mais le canal de l'urètre paraît enflammé ; l'émission des urines est douloureuse.

Le 31 janvier, après quelques jours d'un calme parfait, on essaye une nouvelle tentative ; l'injection passe très-bien, mais le lithotriteur cause de si violentes douleurs quand on tente de l'introduire qu'on remet l'opération à un autre jour.

Le 3 février, on reprend l'opération sur l'invitation pressante du malade qui dit se trouver très-bien. L'injection passe facilement, mais le lithotriteur cause de très-vives douleurs surtout aux approches du col de la vessie où se sont amassés une grande quantité de fragments qui gênent singulièrement la marche de l'instrument. On saisit dans la vessie deux fragments, un de 3 et un de 10 mill., que l'on brise assez facilement.

4 février. Le malade n'a pas été trop fatigué, mais il souffre néanmoins et a peu rendu de calculs.

---

(1) L'analyse chimique nous a fait voir que ce calcul était entièrement composé d'acide urique.

15 février. Nouvelle tentative qui ne peut être achevée parce que le lithotriteur est arrêté par un fragment qui est solidement engagé dans le canal de l'urètre et qu'on ne veut pas repousser dans la vessie.

Le 17 février, ce fragment, du volume d'une grosse noisette et de la forme d'une tuile, arrivé dans la fosse naviculaire, est extrait à l'aide de la curette articulée.

29 février. En l'absence de M. Pétrequin, le chirurgien qui le remplace pratique une séance et brise plusieurs fragments de petits volumes.

1er mars. Le malade n'a pas été fatigué et a rendu une notable quantité de débris.

4 mars. On saisit et brise deux petits fragments. (Grand bain.)

7 mars. On charge un fragment de 35 millim. et un autre de 10; on les brise tous les deux avec le marteau.

9 mars. Un nouveau fragment très-considérable occupe la fosse naviculaire; M. Pétrequin l'extrait à l'aide de la curette et d'une sonde canelée dont il se sert pour le faire basculer afin de glisser la curette en arrière, ce qui réussit.

16 mars. On saisit trois fragments de 5 millim. à droite et en avant, un de 4 au fond et un de 3; on les brise tous trois avec le marteau.

21 mars. On saisit quatre fragments, un de 11 millm., un de 5, un de 4 qui sont brisés avec le pignon, et un de 8 millim. qu'on ne peut réduire qu'avec le marteau. L'opération est bien supportée. Les fragments sortent facilement et en abondance.

27 mars. On saisit trois fragments, un de 10 millim., un de 4 et un de 3. Deux sont brisés avec le pignon; le troisième avec le marteau.

30 mars. On charge et on brise avec le marteau trois fragments, un de 9 mill. et deux de 3.

3 avril. Il faut encore extraire de la fosse naviculaire un fragment de 7 millim. sur 4.

5 avril. Trois fragments de 7 millim., de 5 et de 7 sont broyés.

8 avril. Trois autres de 9, 8 et 4 millim. sont aussi lithotritiés.

12 avril. On extrait encore un fragment arrêté dans la fosse naviculaire.

17 avril. On brise un fragment de 7 millim.

25 avril. Broiement de deux autres calculs de 4 et 3 millim. L'opéré est atteint d'une véritable diathèse calculeuse qui semble reproduire de nouvelles pierres à mesure qu'on se débarrasse des premières. En conséquence M. Pétrequin depuis quelque temps presse les séances autant que possible.

27 avril. Broiement de deux autres fragments de 8 et 2 millim.

3 mai. Le lithotriteur rencontre dans le canal et repousse dans la vessie un fragment que l'on parvient à saisir sous le diamètre de 6 millim.

Pendant ces dernières tentatives qu'aucun accident n'est venu contrarier, les fragments sont sortis en abondance et facilement. Le malade se trouve très-bien depuis quelque temps, il se dit guéri, et une dernière exploration qui permet de

constater que la vessie est parfaitement libre, décide M. Pétrequin à laisser partir son opéré qui demande son exeat. (Recueillie par M. Hémy.)

Nous trouvons ici des complications variées et des plus embarrassantes. L'excessive susceptibilité des voies génito-urinaires, qui développa dès l'abord une fièvre intense que nous nommerons fièvre urétrale, devait inspirer de sérieuses craintes sur l'issue de l'opération. Le volume, la dureté et la multiplicité des pierres, l'âge déjà avancé du sujet et la véritable diathèse calculeuse dont il était atteint, me firent un instant hésiter sur l'opportunité de la lithotritie. Néanmoins le malade ayant l'intelligence de sa position et du courage, et le traitement préparatoire ayant produit le meilleur effet, je persistai et j'eus raison. Deux fois je fus contraint de débrider le méat urinaire. Quatre fois il me fallut aller à la recherche de fragments volumineux enclavés dans l'urètre, etc. Nous eûmes ainsi à combattre des accidents multipliés de la plus haute gravité. Toutefois, malgré ces complications et ces accidents, malgré le séjour prolongé du malade dans l'hôpital, l'opération, après seize séances de broiement, fut couronnée de plein succès, ce que j'attribue principalement à la lenteur méthodique qu'on apporta dans les premières tentatives, à la réserve et aux ménagements qu'on mit dans chaque séance et au traitement spécial qui vint promptement combattre chacun des accidents.

Après ce tableau déjà si varié, si étendu, il semble que la liste des accidents et complications à redouter et à combattre devrait se trouver épuisée; il n'en est rien cependant, comme on va le voir.

CALCULS MULTIPES, DE 8 ET 14 LIGNES, AVEC HYPERSENSIBILITÉ DE LA VESSIE ET DU COL; RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE; CATARRHE VÉSICAL, ETC. — ACCIDENTS : INDIGESTION, ENCOMBREMENT DU COL, ENCLAVEMENT SUCCESSIF DE PLUSIEURS FRAGMENTS DANS LE CANAL, URÉTRITE, ORCHITE A GAUCHE, BRONCHITE AIGUE, ETC.; GUÉRISON COMPLÈTE.

Obs. XI. — Léonard Borie, âgé de 50 ans, né à Tulle (Corrèze), employé au bureau de navigation, d'un tempérament bilioso-nerveux, grand, sec et maigre, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle des opérés, n° 10, service de M. Pétrequin, le 26 janvier 1848. Cet homme a eu dans sa jeunesse plusieurs blennorrhagies toutes parfaitement et convenablement guéries; la dernière date de douze ans. Astreint à faire un service à cheval assez pénible, il s'est toujours bien porté jusqu'au mois de mai 1847. A cette époque survinrent quelques douleurs sourdes dans l'hypogastre et de la difficulté pour uriner. Il rendit sept ou huit calculs; quelques-uns gros comme un haricot. Il prit alors sa retraite, se condamna au repos sans voir diminuer ses souffrances; le moindre excès, le plus léger exercice, la

voiture, déterminaient de très-vives douleurs et des embarras extrêmes dans la miction. Le jet d'urine devint de plus en plus irrégulier. Le malade consulta à Mâcon plusieurs médecins qui tous constatèrent la présence d'un calcul, mais ils ne furent pas également d'accord sur l'opportunité de l'opération. Il vint à Lyon en décembre et se confia d'abord à un docteur qui lui cautérisa le canal pour guérir un rétrécissement. N'ayant pu s'entendre avec ce praticien sur les conditions d'une opération, il se décida, sur l'avis de M. Levrat aîné, à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pétrequin, qui nous fit constater ce qui suit :

Douleurs cuisantes dans tout le canal pendant l'émission des urines ; besoins fréquents de miction ; urines rouges, chargées, fétides, laissant déposer par le repos un résidu assez abondant, mêlé de petits graviers. Bronchite légère, sommeil rare et agité, du reste bon appétit et pas de fièvre.

Le 29 janvier, M. Pétrequin constate et nous fait constater l'existence d'un calcul. Le cathétérisme cause assez de douleurs, mais ne révèle aucune altération appréciable des voies urinaires.

Le 8 février, on tâte la sensibilité de l'urètre par l'introduction du lithotriteur. On saisit un petit fragment, à droite et en avant, puis on refait des injections émollientes pour réitérer la manœuvre du cathétérisme dans la journée. Le malade fut un peu fatigué et trouva qu'il souffrait davantage en urinant. On avait saisi deux fois le calcul, une fois sous un diamètre de 6 lignes, on le brisa avec le pignon. En retirant l'instrument, on cause d'assez vives douleurs (1).

12 février. La sonde d'abord, et le lithotriteur ensuite, passent assez difficilement, surtout au niveau du col vésical, et causent toujours des douleurs. L'injection est mieux tolérée. Le calcul est saisi et broyé trois fois : deux fois sous 8 lignes et une fois sous 14 lignes. La contractilité de la vessie le chassait en avant vers le col.

15. La vessie étant plus sensible qu'à l'ordinaire, on pratique des injections émollientes.

17. Le canal est toujours très-sensible ; écoulement blanc et muqueux ; engorgement du testicule gauche ; recrudescence de la bronchite. (Injections émollientes ; tisane de dattes et de jujubes ; looch blanc avec kermès, 0,05.)

18. Le canal est toujours très-sensible. Injections émollientes et narcotiques.

19. Même état. Deux injections successives ; grand bain. Un fragment de calcul est engagé dans le canal, d'où on le fait sortir.

9 mars. L'engorgement du testicule a augmenté. Il s'y est formé un abcès superficiel qu'on a ouvert.

---

(1) MM. Pétrequin et Buisson ont trouvé, par l'analyse chimique, que ce calcul était entièrement formé d'acide urique mêlé, selon l'habitude, à un peu de matières animales.

16. Le canal est toujours d'une grande sensibilité. Deux injections émollientes ; l'introduction du brise-pierres détermine un tremblement nerveux qui gêne la manœuvre. Néanmoins M. Pétrequin saisit et brise à droite et en avant un fragment de 8 lignes de diamètre et un autre de 6.

19. Accès de fièvre violent. Injection émolliente; lavement avec valériane quina, pavot et laudanum. Un fragment est engagé dans le canal.

20. On pratique une injection avec une sonde ouverte à son extrémité, et qui réussit à déplacer le calcul engagé. L'introduction des instruments excite la douleur et ramène le tremblement nerveux. Quoi qu'il en soit, on saisit et on brise trois fragments, dont un de 6 et un de 5 lignes. (Bain ; potion calmante.)

25. Lavement avec valériane et pavot.

26. La surexcitation de la vessie persiste. Le canal est obstrué de débris. (Injections émollientes; lavement avec quina et pavot.) Les calculs rendus sont d'une extrême dureté, ils semblent constitués par un silicate de chaux.

27. Le passage de la sonde est toujours très-douloureux. Le canal est toujours rempli de graviers. L'urine est fétide. (Injections émollientes.)

28. Malgré la persistance des mêmes accidents, on fait une nouvelle tentative. Deux fragments, un de 6 lignes et un 3 lignes sont saisis et brisés. (Pot. calm. ; lavement de valériane, quina et pavot.)

1 et 2 avril. Les accidents n'ont pas augmenté. Le col est encombré de graviers. (Deux injections émollientes.)

5. Il semble que les douleurs sont moins vives. L'urine est muqueuse, glaireuse. (Deux injections émollientes.)

6, 7, 8 et 9. Les douleurs sont les mêmes. (Mêmes injections.)

10. L'introduction du lithotriteur est toujours douloureuse. On saisit et on brise deux fragments, un de 6 et un de 5 lignes.

Les jours suivants, injections émollientes.

14. Le malade désire et appréhende l'opération. L'introduction des instruments lui arrache des cris, autant de peur que de douleur. On saisit et on brise deux fragments, un de 7 et un de 3 lignes.

Jusqu'au 22, la sensibilité des voies urinaires se maintient, malgré defréquentes injections. Le canal est joujours encombré de débris.

Le 22, nonobstant la douleur et l'encombrement du canal, on introduit le brise-pierre pour déblayer l'entrée de la vessie ; on saisit et l'on brise quatre fragments, un de 3, un de 5 et 2 de 4 lignes. L'instrument rapporte une assez grande quantité de débris. La malade urine immédiatement, mais avec douleur. Les urines contiennent quelques débris.

24. Même état. Injections émollientes.

25. Pas de fièvre, moins d'abattement. Les urines sont meilleures. (Grand bain.)

26. Premier lavement laxatif avec miel et manne ; deuxième lavement sédatif avec valériane, pavot et laudanum.

27. Le passage des instruments est toujours douloureux ; on ne saisit qu'un fragment de 5 millimètres, qu'on brise avec le marteau.

28, 29. Grand bain.

2 mai. Le canal est toujours encombré, et la sensibilité plus exaltée que jamais ; on renonce pour le moment à toute tentative de broiement.

Sur sa demande, on éthérise le malade. On saisit et on brise huit fragments, deux de 8 millim., deux de 3, et les autres de 4, 5, 6 et 7 millim. Malgré l'état anesthésique, le malade s'est beaucoup agité et a poussé de grands cris. (Potion calmante ; grand bain ; deux lavements avec quina, valériane et pavot.)

9 et 10 mai. Ces deux nuits, le malade a peu dormi, à cause des envies d'uriner qui survenaient toutes les quinze minutes ; elles commencent à se calmer, il peut rester une heure sans uriner ; du reste, pas de fièvre ; état général assez bon.

11. Urines troubles laissant un dépôt mucoso-puriforme ; fréquentes envies d'uriner ; miction douloureuse ; insomnie. (Eau gazeuse ; potion calmante laudanisée.)

12. Un peu de sommeil. Urines moins troubles. La sonde, et après la sonde, l'injection, pénètrent difficilement, à cause de l'accumulation des graviers au niveau du col. Sensibilité excessive.

13. Le malade a rendu des graviers, dont trois assez gros. Il a souffert et a eu des accès de fièvre. Le dépôt est toujours abondant. Les urines présentent trois étages, dont le plus élevé est comme floconneux, et l'inférieur granuleux.

14. Mieux sensible. Le malade a dormi : les envies d'uriner sont plus rares, et le dépôt des urines moindre. Le malade ne rend plus de graviers. Il est éthérisé ; pendant son sommeil, on saisit cinq fragments qui sont brisés avec le marteau, et une seule fois avec le pignon : un de 6 millim., un de 7, de 3, de 5, et un de 8 millim. (Grand bain ; lavem. ; pot. calm.)

15. Le malade n'a pas dormi et n'a que peu uriné, mais il a rendu une bonne quantité de graviers. Les urines n'ont pas plus déposé que d'habitude, et le sujet se trouve assez bien.

17. Catarrhe pulmonaire aigu, avec toux fréquente. (Tisane béchique et potion.)

18 et 19. Le catarrhe s'amende, les urines deviennent plus claires ; mais la fièvre persiste. Les débris de calculs continuent à sortir.

20. L'amélioration continue ; quelques coliques cette nuit. (Lavement avec lin, pavot et laudanum.)

21 mai. Éthérisation. Deux injections émollientes. On saisit et on brise avec le marteau cinq fragments, deux de 3 lignes, un de 6, de 5 et de 7 lignes ; puis on retire l'instrument pour nettoyer les cuillers encombrées de poussière agglutinée par du muco-pus. Dans une seconde tentative immédiatement pratiquée, on sai-

sit encore cinq fragments, trois de 3 lignes, un de 8 et un de 6 lignes qui nécessitent également l'emploi du marteau.

22 mai. Point de fièvre, marche facile ; urines encore un peu troubles, mais moins que ces jours passés. Elles sortent facilent et à des intervalles plus éloignés. Le malade a bien dormi et a rendu une grande quantité de débris, dont trois assez gros.

Jusqu'au 27 mai, le malade se trouve bien ; il peut se promener et sortir ; ses urines s'éclaircissent, mais ne contiennent plus de graviers depuis le 23.

28. Le malade annonce qu'il a depuis plusieurs jours des coliques et la diarrhée. Néanmoins on pense pouvoir tenter le broiement. Éthérisation. On charge et on brise avec le marteau quatre fragments, deux de 5 lignes, un de 6 et un de 3 lignes. L'instrument retiré et nettoyé, on le replace et on broie toujours avec le marteau trois fragments, deux de 2 lignes et un de 5. Cette éthérisation, comme les précédentes, est suivie d'une longue prostration.

29. État général satisfaisant ; pas de fièvre ; le malade n'a uriné qu'environ dix fois ; il a rendu beaucoup de graviers. Ses urines ne sont pas plus troubles. (Grand bain.)

30. Même état. Les coliques persistent. (Lavement calmant.)

Jusqu'au 3 juin, cet état persiste ; les urines ne contiennent qu'un médiocre dépôt qui se partage toujours en deux couches ; elles passent assez facilement.

4 juin. Éthérisation et injections émollientes : on saisit et on brise cinq fragments, deux de 3 lignes, deux de 4, et un de 6 lignes. L'instrument, comme toujours, revient chargé de poussière et de mucus.

5. Le malade est bien ; il a seulement craché un peu de sang, ce qu'on attribue à l'éthérisation, qui a été forte et prolongée hier. Il a peu rendu de graviers.

Le 6, le malade éprouve en sortant du bain une sorte de rétention d'urine ; ses efforts réitérés chassent tout à coup comme un bouchon, et les urines coulent à flots, n'ayant point trouvé de calculs, il pense que c'est du mucus qui s'était concrété dans le canal. Les coliques sont moins fortes.

7. Sortie d'un très-gros calcul.

Jusqu'au 10 juin, l'état général va s'améliorant de plus en plus ; les urines sont de moins en moins troubles ; les voies urinaires, sauf un peu d'irritation au col, semblent revenues à l'état normal.

11. On saisit sept petits fragments, le plus gros de 4 lignes. On les brise pendant le sommeil éthérique. Un débris du calcul reste plusieurs jours engagé dans le canal.

18. Le malade éthérisé, on tente vainement de saisir des fragments ; il crie et s'agite si fort, qu'on est forcé de renoncer à toute tentative.

Jusqu'au 26 juin, tout se passe à merveille. Ce jour-là, le malade est éthérisé ; on peut saisir et briser un fragment de 3 lignes.

2 juillet. Sortie de quelques débris à la suite de la dernière séance. Éthérisation ; on brise deux fragments, un de 5 et un de 1 ligne et demie.

7. Indigestion qui n'a pas de suite.

9. Le malade se sent bien, mais les urines sont toujours un peu chargées. (Eau de goudron, un verre ; eau gazeuse.)

13. Le malade sort.

Depuis quelques jours, le malade reprend à vue d'œil sa vigueur et sa santé première ; ses urines sont presque claires et déposent à peine.

Le périnée, le col vésical sont encore un peu endoloris. Le jet d'urines est gros et fort. L'état général est des plus satisfaisants. (Recueillie par MM. Dubief et Gauthier.)

Cette observation est un exemple frappant des heureux résultats que peut donner la lithotritie quand on l'emploie avec prudence et ménagement. Il serait certainement malaisé de trouver un cas hérissé de plus grandes et de plus formidables difficultés, qui toutes heureusement ont été complétement surmontées. J'ai eu peu de malades qui m'aient donné autant d'embarras, tant à cause des complications et des accidents, que de son extrême appréhension pour les manœuvres opératoires, au point que j'ai été obligé à chaque séance de procéder à l'éthérisation, ce que je regarde comme une indication tout à fait exceptionnelle en fait de lithotritie. Le lecteur reconnaîtra avec moi, qu'après l'issue heureuse d'une opération de ce genre, aussi compliquée, on a lieu de se demander s'il n'y a rien d'absolu dans la préférence scientifique qu'il faut accorder exclusivement à la lithotritie ou à la lithotomie. Nous reviendrons encore sur cette question. Pour le moment, il suffira de faire remarquer que des médications appropriées ont heureusement triomphé de toutes les complications intercurrentes, et que la cure ne s'est pas démentie, car mes élèves ont revu de temps à autre le malade dans un état parfait de santé jusqu'à la fin de 1849.

J'indiquerai plus loin les formules de quelques remèdes efficaces, qui m'ont rendu des services réels pendant et après les manœuvres de la lithotritie. Je passe à une observation qui nous offrira, elle aussi, une série particulière d'accidents, car, fidèle à mon titre, je choisis, non des cas simples qui n'apprendraient que les succès que j'ai pu obtenir, mais des cas compliqués propres à élucider la thèse que j'ai soulevée.

CALCUL DUR ET VOLUMINEUX, DE 18 LIGNES SUR 12, COMPLIQUÉ D'UN CATARRHE VÉSICAL CHRONIQUE, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT, ET SUSCEPTIBILITÉ EXTRÊME DE LA VESSIE ET DE SON COL, etc. ACCIDENTS : FIÈVRE URÉTHRALE; RECRUDESCENCE DU CATARRHE; CYSTITE ET NÉVRALGIE DU COL; ORCHITE; GUÉRISON.

OBS. XII.—M. S..., âgé de 58 ans, grand, fort, d'une constitution éminemment sanguine et pléthorique, marchand de domaines à Lyon, souffre depuis longtemps du côté des voies urinaires sans pouvoir indiquer l'époque précise du commencement de ses souffrances. Depuis cinq ans environ, la miction est devenue douloureuse, fréquemment répétée. Les urines sont rares, catarrhales, quelquefois sanguinolentes, surtout après la fatigue ou de longues courses en voiture. Il éprouve souvent des douleurs dans le bas-ventre, au périnée, à l'extrémité de la verge. Depuis un an surtout, tous ces symptômes se sont singulièrement exaspérés. Le docteur Jobert, médecin et ami du malade, soupçonnant l'existence d'un calcul, l'adresse à M. Pétrequin, qui constate (mars 1849) l'existence d'un calcul urinaire. L'état actuel des voies urinaires ne permettant pas de tenter immédiatement l'opération, il fut soumis à un traitement préparatoire propre à modifier l'irritation et la susceptibilité de la vessie et de son col. Il ne pouvait garder ni ses urines ni ses injections; la miction se répète souvent nuit et jour, interrompt le sommeil, empêche la marche et s'accompagne de douleurs. Le méat était si étroit, qu'il fallut pratiquer un débridement préalable pour le cathétérisme avec des sondes d'un calibre progressif, de manière à émousser par leur passage et des injections narcotiques l'extrême sensibilité de l'urètre et de la vessie.

Le 23 avril 1849, cet état s'était notablement amélioré. M. Pétrequin, assisté des docteurs Jobert et Rambaud, procède au broiement. L'injection ne pénètre que lentement, la vessie la reçoit avec quelque peine. L'instrument lithotriteur, à part un temps d'arrêt au niveau du col, passe assez facilement. On saisit la pierre sous un diamètre de 9 lignes, on la brise avec le marteau; puis un tout petit fragment cède à l'action du pignon. La vessie se contractant et chassant l'injection, l'instrument est retiré. L'injection est renouvelée avec précaution, et un lithotriteur à cuillers remplace le premier. On saisit un fragment de 9 lignes, on le brise avec le marteau. La vessie se contractant de nouveau avec force et repoussant l'injection qui devient sanguinolente, on s'arrête par prudence, malgré l'insistence du malade qui dit ne pas souffrir, et on retire l'instrument. (Grand bain; tisane et potion calmante; lavement émollient.)

24 avril. Le malade a passé une bonne nuit; il a uriné souvent, peu à la fois et avec assez de douleurs; les urines de la nuit, glaireuses et peu colorées, remplissent à peine un verre ordinaire. Il n'y a encore que peu de poussière rendue. Au total, le malade se trouve bien (1).

---

(1) D'après l'analyse chimique, l'acide urique formait exclusivement la base de ce calcul.

28 avril. Deuxième séance. Il n'y a rien eu de particulier depuis la dernière séance, les urines sont restées catarrhales et le pouls plein et dur, comme c'est l'habitude du malade, qui est sanguin et pléthorique.

Le passage des instruments est douloureux, le col se laisse traverser avec peine et la vessie se contracte vivement. L'injection est pénible et revient en partie le long de la sonde; on comprime la verge. M. Pétrequin charge successivement cinq fragments, trois de 6 lignes, un de 12 lignes, et le cinquième de 18 lignes. Ils sont brisés avec le marteau. Les manœuvres sont particulièrement gênées par cette contraction vésicale qui a signalé le passage des instruments.

Dans une seconde tentative, les ouffrances devenant vives, on se borne à charger deux petits fragments qu'on pulvérise, et l'on suspend pour ne pas exaspérer les souffrances. L'injection revient notablement colorée en rouge. Il rend ensuite quelques débris.

9 mai. Troisième séance. A la suite de la deuxième, il est survenu une dysurie très-pénible, des contractions spasmodiques de la vessie et du col, avec douleurs vives dans la miction. Les urines ont été peu abondantes mais extrêmement fréquentes. La fièvre uréthrale commençait à se développer avec toute son intensité, mais tous ces accidents ont cédé petit à petit à une émulsion camphrée et nitrée. Aujourd'hui tout va au mieux depuis plusieurs jours.

La sonde passe bien, l'injection est reçue facilement, et en totalité on charge et on brise deux fragments, un de 12 lignes et un tout petit. La cuiller s'engorgeant, on change d'instrument. Cette seconde introduction, précédée d'une injection, ramène les douleurs. On charge et on réduit deux fragments de 6 lignes, et l'on s'arrête pour éviter que les douleurs se réveillent avec énergie. L'injection revient un peu rouge, on lave la vessie avec un courant d'eau émolliente, et le malade est mis au bain.

15 mai. Quatrième séance. A la suite de la dernière séance, les accidents inflammatoires ont été moindres qu'à la précédente, et ils ont rapidement cédé aux lavements camphrés et laudanisés. Le malade a rendu beaucoup de débris, quatre morceaux surtout d'un volume remarquable ; il s'en est trouvé si bien qu'il s'est cru guéri. — Aujourd'hui les urines sont très-belles, la vessie paraît plus grande ou plus dilatable, l'injection et les instruments passent sans difficulté. On charge et on réduit quatre fragments, deux de 5 lignes. deux de 3 l. Avec un second instrument, on en brise encore trois beaucoup plus petits.

Le malade n'accuse que peu de souffrance; la vessie semble beaucoup moins sensible, et l'injection revient à peine colorée.

Quelques heures après l'opération, la miction devient extrêmement douloureuse et brûlante, sans changement dans les urines; dans la nuit les accidents augmentent, le testicule droit devient sensible et se tuméfie, et dans la journée l'orchite est confirmée; heureusement elle est peu douloureuse. On applique successivement à deux jours d'intervalle 16, puis 12 sangsues au périnée, plus tard un purgatif salin (eau de Sedlitz), des lavements émollients, des pommades ré-

solutives achèvent de conjurer les accideuts et ramènent le testicule à son état normal. L'épidydime seul reste volumineux et fortement induré. Pendant toute la durée de ces accidents, il n'y eut que fort peu de débris rendus.

1er juin. Cinquième séance. L'induration de l'épidydime, qu'on ne peut espérer détruire qu'à la longue, persistant seule, on reprend l'opération. Les instruments et l'injection passent facilement; à la seconde fois, ils passent un peu plus péniblement. Avec le premier lithotriteur, on charge et on réduit avec le marteau deux fragments, un de 12 millim. et un de 5 millim. Avec le second, deux autres, un de 4 lignes et un de 3 lignes. Le malade supporte très-bien cette épreuve et ne se plaint que lorsqu'on retire le second lithotriteur, dont la cuiller, un peu large et chargée, traverse péniblement le méat urinaire.

14 juin. Sixième séance. La dernière séance n'a été suivie d'aucun accident. Pendant les deux jours suivants, le malade a rendu une bonne quantité de débris, mais depuis il n'en a plus fait.

L'orchite continue à céder, les urines sont belles et les besoins d'uriner plus rares. On passe les instruments et l'injection avec la plus grande facilité et sans la moindre douleur pour le malade; on ramasse dans le bas-fond de la vessie, et on réduit avec le marteau quatre fragments, un de 12 millim., un de 8, un de 6 et un de 5. A la deuxième reprise, on ne charge que deux très-petits fragments. L'injection revient avec la couleur naturelle.

27 juin. Septième séance. Il a été rendu beaucoup de débris pendant deux jours.

Depuis on a vu sortir deux ou trois gros fragments ; le dernier hier. Le malade a été mis à l'usage des fondants alcalins. (Eau de Vichy, pastilles de Vichy, bicarbonate sodique dans les tisanes, nitrate de potasse dans le bouillon d'herbes.) On lui a fait quelques injections acidulées avec l'acide chloryhdrique.

On procède à une séance d'exploration : on ne rencontre qu'un seul fragment de 4 à 5 millim. qui est brisé avec le pignon. L'opération est bien tolérée, la vessie est peu sensible, et c'est à peine s'il sort quelques gouttes d'urine sanguinolente.

Depuis cette époque tout s'est bien passé: les fonctions urinaires sont revenues à leur état normal, et tout fait espérer que la guérison sera solide et définitive. (Recueillie par le docteur Rambaud.)

Ce malade était placé dans des conditions très-défavorables, tant à cause de son âge et de sa constitution pléthorique que de l'extrême impressionnabilité de la vessie et du mauvais état de ses urines. Il eût fallu renoncer à l'opération si l'on n'avait pu triompher de ces accidents. La guérison a été complète ; le malade d'après mes conseils est allé passer la fin de la saison aux eaux minérales de Vichy pour rétablir l'état normal des voies génito-urinaires ; il s'en est très-bien trouvé ; et je l'ai revu à la fin de décembre

1849 dans un état de parfaite santé et continuant à jouir complétement du bénéfice de l'opération, comme s'il n'avait pas souffert de la pierre.

Je terminerai par une dernière observation qui résume la plupart des accidents dont peut se compliquer l'opération de la lithotritie.

CALCULS MULTIPLES, TRÈS-DURS, MESURÉS SOUS 17, 15 ET 14 MILLIMÈTRES, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE ET DU MÉAT; CATARRHE CHRONIQUE ET IRRITABILITÉ EXTRÊME DE LA VESSIE ET DE SON COL; ACCIDENTS : FIÈVRE URÉTRALE; ENCLAVEMENT SUCCESSIF DE PLUSIEURS FRAGMENTS DANS LE CANAL ET LA FOSSE NAVICULAIRE; ORCHITE; DIATHÈSE CALCULEUSE; GUÉRISON.

Obs. XIII. — M. P..., âgé de 24 ans, avocat à Grenoble, est adressé à M. Pétrequin, et, pour être plus à portée de ses soins, il entre le 24 mai 1848 à l'Hôtel-Dieu de Lyon (chambres particulières).

Dès l'âge de 10 ans, M. P... a toujours vu les moindres exercices du corps lui causer des douleurs dans les voies urinaires et rendre les urines rouges et d'une excrétion pénible. Le repos calmait les accidents qui revenaient régulièrement aussitôt qu'il s'était agité. Cet état qui était assez supportable dura huit ans jusqu'en 1842, époque à laquelle M. P... quitta le collége. Libre de suivre ses penchants qui l'entraînaient aux exercices violents, il se livra avec la fougue de la jeunesse, à la chasse, à l'équitation et au commerce des femmes. Les accidents légers qu'il éprouvait au collége ne tardèrent point à augmenter. Les urines devinrent plus fréquemment rouges; la miction, de plus en plus douloureuse, ne put bientôt plus s'accomplir que par des jets saccadés et intermittents, et la douleur était quelquefois si violente que le malade, afin de se soulager dans cet acte, s'introduisait les doigts dans le rectum pour favoriser les fonctions urinaires. Les bains, les lavements, le repos, les narcotiques, la belladone, lui procurèrent à diverses reprises quelques allégements passagers. Enfin ne pouvant plus y tenir, il vint, d'après les conseils du docteur Buissard (de Grenoble), se mettre entre les mains de M. Pétrequin.

25 mai. Le malade entre dans l'état suivant : inappétence, agitation extrême pendant la nuit, insomnie, douleurs à l'hypogastre qui s'exaspèrent par la pression et le mouvement. Urines troubles chargées de muco pus. Miction horriblement pénible et douloureuse, nécessitant de tels efforts que le malade en sue à grosses gouttes. Le cathéterisme révèle l'existence d'un calcul très-volumineux, mais pouvant se déplacer assez facilement. Le malade est d'un tempérament sanguin et nerveux, son irritabilité est extrême.

26 mai. Frissons et fièvre à la suite des manœuvres d'hier, l'hypogastre est très-sensible et la miction encore plus pénible (tisane violettes et tilleuls; pot. calm. lavem. avec quina, valériane, pavot).

27, 28 et 29 mai Les accès sont moins forts et moins fréquents, les urines

sont toujours aussi chargées et leur émission aussi douloureuse (même prescription).

1er juin. Passage d'une sonde pour dilater l'urèthre rétréci, et pousser dans la vessie des injections émollientes (grand bain).

2 juin. Violent accès de fièvre, prostration. — 3 juin. Appréhension très-grande de toute manœuvre chirurgicale. Lavement avec quina, valériane et pavot, et un gramme d'extrait de quina. Pilules de sulfate de quinine.

4, 5 et 6 juin. Amendement de l'état fébrile. Même traitement.

8 juin. Le malade est un peu mieux, l'accès a été moins violent. La céphalalgie est moins vive et la face moins rouge.

9 juin. Mieux sensible, les urines sont moins rouges et moins chargées et les besoins d'uriner moins fréquents. — 10 juin. Injection avec décoction de mauves et sureau et pavot laudanisée. Demi-lavement avec quina, valériane et pavot. — 11 juin, pas de fièvre ; les urines sont presque naturelles mais l'appétit et le sommeil manquent toujours. Le malade se lève un peu, l'irritabilité est encore morbide. Les bains, les injections émollientes, les lavements employés avec persistance finirent par amender tous ces accidents, et le 23 juin le malade était bien, pissait facilement et pouvait garder pendant plusieurs heures ses urines devenues presque naturelles, ce qui n'avait pas lieu depuis longtemps ; aussi prenait-il plus d'espoir.

24 juin Première séance de lithotritie. Le malade veut être éthérisé, ce qui prend beaucoup de temps et n'empêche pas des mouvements automatiques fort incommodes. M. Pétrequin introduit le lithotriteur avec quelque peine, à cause d'un léger rétrécissement de l'urèthre vers la région membraneuse. La pierre est saisie trois fois sous 17 lignes, sous 16 lignes et de nouveau sous 16 lignes; elle est dure, et ne cède qu'aux coups de marteau répétés.

25 juin. Fièvre vive avec prostration profonde qu'on attribue en partie à l'éthérisation (lavement, quina, valériane et pavot).

26, 29, 30 juin. La fièvre tombe. Mieux marqué. Le malade rend quelques débris ; les urines sont un peu alcalines. (Mêmes lavements.)

1er juillet. Deuxième séance On saisit cinq fragments ; un de 8 lignes, un de 9 lignes, un de 10, un de 14 et un de 8 lignes, qui sont brisés tantôt avec le pignon, tantôt avec le marteau et l'étau à main. Les jours suivants le malade prend un peu de fièvre provoquée surtout par le passage des débris les plus volumineux. Les injections émollientes ramènent le calme.

15 juillet. Troisième séance. M. Pétrequin charge et brise rapidement sept ou huit fragments dont le plus gros est de 14 lignes.

16 juillet. Le passage des graviers à travers le canal est parfois si douloureux qu'il arrache des cris au malade.

17, 18 et 20 juillet. Malgré les injections la miction devient de plus en plus douloureuse et pénible ; on est obligé de sonder le malade pour le faire uriner, ce qui réussit.

22 juillet. Pilules avec camphre, valériane et opium qui produisent un bon effet. Lavement narcotique et camphré. Jusqu'au 11 août inclusivement on continue le même traitement qui réussit à calmer tous les accidents ; le malade a rendu de gros fragments et beaucoup de menus débris.

12 août. Quatrième séance. On charge six fragments, un de 9 lignes, un de 7, de 6 millimètres, un de 15 lignes, un de 9 millimètres qui sont tous réduits, moins un qui glisse entre les mors. (M. Pétrequin se sert de deux lithotriteurs alternativement, dont l'un est marqué suivant les anciennes mesures, et l'autre suivant le nouveau système métrique.)

18 août. Cinquième séance. On saisit et on brise avec le marteau cinq fragments, deux de 8 millim., deux de 7 millim. et un de 14 millim. L'instrument retiré et nettoyé est introduit une seconde fois et l'on brise encore avec le marteau trois fragments, un de 3 millim. et deux de 5 millim. (Grand bain ; même tisane.) La lithotritie est généralement mieux supportée par le malade ; l'état de la vessie s'améliore à mesure qu'elle évacue les débris de calculs.

19 août. Le malade a rendu une grande quantité de débris, dont trois fragments très-gros, jaunes, durs, et semblant appartenir à un autre calcul que les autres graviers qui sont moins durs et plus blancs. Il se trouve très-bien, peut garder ses urines trois ou quatre heures ; cette nuit il n'a uriné que deux fois et trois ou quatre fois dans la journée, et toujours sans gêne et sans douleur, ce qui constitue pour lui une grande amélioration.

22 août. Le malade a rendu, avec de vives souffrances, un gravier énorme d'environ 2 centimètres de diamètre, garni d'aspérités, et en outre un peu de poussière. Ce matin il est bien et peut conserver ses urines plus longtemps. (Même prescription, même régime.)

23 août. Une pierre assez volumineuse, engagée depuis hier midi, s'est arrêtée dans la fosse naviculaire, qu'elle ne peut franchir. Elle cause de vives souffrances, avec fièvre vive et continue. Le malade se refuse à un débridement, qui pourrait seul lui livrer passage et le soulager instantanément.

24 août. Le malade, enfin revenu de son appréhension, a laissé pratiquer hier le débridement, ce qui a permis l'extraction immédiate du calcul. Ce matin il est bien, quoique avec encore un peu de fièvre. C'est certainement le plus gros gravier qu'il ait rendu. Par ses caractères physiques, par sa forme, le calcul ne semble pas provenir de la grosse pierre brisée à plusieurs reprises : c'est probablement un calcul secondaire. Il est noirâtre, dur, formé de couches concentriques, d'un millimètre environ d'épaisseur chacune.

28 août. Le malade est au mieux. (Deux lavements.)

29 août. On extrait, avec la curette articulée de M. Leroy-d'Étiolles et la sonde cannelée, un calcul volumineux, en forme de tuile, arrêté dans la fosse naviculaire.

1er septembre. Sixième séance. On réduit sept fragments, trois de 6 millimètres, un de 3 millimètres, un de 13, un de 9 et un de 12. Avec un instrument à

mors plus long, on réduit encore trois fragments : deux de 8 lignes et un de 4 lignes. Il a fallu constamment se servir du marteau. Le malade a peu souffert.

2 septembre. Le malade n'a rendu que de la poussière, et en petite quantité; il accuse un sentiment de pesanteur du côté de la vessie.

7 septembre. Les symptômes d'irritation vésicale ont persisté, et le testicule gauche, douloureux depuis quelques jours, est aujourd'hui d'un volume double de celui de son congénère. (Cataplasmes ; onguent napolitain ; lavement ; repos.)

9 septembre. Un calcul est arrêté dans la fosse naviculaire; M. Pétrequin l'extrait avec la curette articulée et au moyen d'un petit débridement. (Bain de siége.)

13 septembre. L'engorgement du testicule a presque disparu. (Cataplasme simple ; bain ; repos.)

18 septembre. Recrudescence ; vives douleurs dans le testicule et le long du cordon jusque dans l'hypocondre droit, par suite d'une imprudence (18 sangsues ; lavement avec valériane et pavot.)

23 septembre. Frictions avec la pommade à l'iodure de potassium.

25 septembre. Septième séance. On réduit sept fragments avec le marteau : trois de 3 millimètres, un de 9, un de 6, un de 2, un de 4. Les suites de cette séance sont heureuses.

29 septembre. Huitième séance. On réduit avec le marteau quatre fragments : un de 11 millimètres, un de 8, un de 14 et un de 5 millimètres. L'opération est bien supportée.

Les jours suivants, le malade rend assez facilement une grande quantité de débris, dont quelques-uns assez gros. L'opéré semble atteint d'une véritable diathèse calculeuse.

5 octobre. Calculs arrêtés dans la fosse naviculaire, empêchant l'issue de l'urine et causant de vives douleurs. Le malade se refuse à l'extraction qu'on lui propose.

6 octobre. Le malade a pu, avec un violent effort, chasser hier deux calculs arrêtés en chemin ; ils sont volumineux et inégaux. On dirait que la pierre se reproduit à mesure qu'on la brise et l'extrait.

9 octobre. Le malade sort et se promène sans inconvénient.

11 octobre. Neuvième séance. On réduit avec le marteau huit fragments : un de 14, 12, 13, 5 lignes ; avec un second instrument un de 17 millimètres et un de 16 millimètres.

12 octobre. Le malade est bien, mais il n'a rendu aucun gravier.

13 octobre. Dans la journée d'hier, le malade a expulsé deux énormes fragments garnis d'aspérités, dont le passage a été très-douloureux, ce qui empêchait les autres débris de sortir. Aujourd'hui il est abattu, mais sans fièvre.

14 octobre. Le malade n'a rendu qu'un peu de poussière ; il a passé hier la

soirée en ville et ne s'est couché que fort tard ; il a bien dormi. Il peut maintenant se retourner brusquement dans son lit et sauter de sa couche à terre sans douleur ; il garde bien ses urines et les rend facilement. Les urines cependant déposent encore un peu.

16 octobre. Dixième séance. On réduit avec le marteau quatre fragments : deux de 11 millimètres, un de 8 et un de 6. Quelques débris ont été saisis et brisés en déprimant la vessie avec l'instrument, de manière qu'ils tombent entre les mors du lithotriteur par leur propre poids, comme dans un point déclive. Les débris sortent les jours suivants.

20 octobre. Onzième séance. On ne trouve que deux très-petits fragments. Le malade est au mieux, sort, marche, sans la moindre fatigue.

23 octobre. Séance d'exploration. La vessie, explorée avec le plus grand soin à l'aide du lithotriteur, ne renferme aucun débris. Le malade mange et dort parfaitement ; il n'éprouve aucune fatigue dans les exercices violents. Les urines sont belles et passent facilement ; elles peuvent être gardées longtemps. La guérison est complète. (Recueillie par M. Hémy.)

Il est presque superflu de faire remarquer que l'ancienneté du mal, l'intensité du catarrhe vésical, l'extrême susceptibilité nerveuse du malade, la grande irritabilité de la vessie, enfin le nombre, la dureté et le volume des calculs, constituaient des conditions on ne peut plus défavorables. Les complications et les accidents que nous avons eu à combattre ont dû inspirer la lenteur et la prudence qui seules pouvaient conjurer leur mauvaise influence : c'est à elles, sans contredit, qu'est dû un succès si difficile à obtenir. Si le traitement a été long (et le salut du malade s'y trouvait engagé), il a du moins été sûr et efficace. C'est ici surtout qu'on peut dire avec justesse : *Sat citò, si sat benè.* J'ai appris au printemps de 1849, du docteur Buissard, que cette heureuse cure ne s'était pas démentie. M. P... m'a écrit lui-même dans l'automne de 1849 ; il jouissait d'une parfaite santé, et après une année, il ne pouvait trop s'applaudir de l'excellente terminaison de cette lithotritie, à coup sûr une des plus malaisées qu'on puisse avoir à pratiquer.

Je pense avoir suffisamment démontré, par des exemples progressifs, la cause et le mécanisme de la plupart des accidents qui peuvent compliquer la lithotritie. J'ai exposé au fur et à mesure les moyens de l'art qui m'ont le mieux réussi pour les prévenir ou y remédier. Ce serait tomber dans des répétitions inutiles que de les retracer ici. Je renvoie donc à la lecture des observations elles-mêmes. Il me semble que, pour des praticiens, c'était la manière la plus fructueuse de traiter cette partie de la question. Il me reste à indiquer la formule de deux médicaments qui m'ont, je puis le dire, ad

mirablement servi, notamment chez les quatre derniers malades. Ils m'ont paru surtout réussir dans les cas de ténesme vésical, de spasme du col, de strangurie nerveuse, déterminée ou non par des fragments de calculs au début de la fièvre urétrale, avec prédominance de l'élément névropathique sur l'élément phlogistique, etc., en un mot, dans les névroses des voies génito-urinaires.

1° Émulsion camphrée laudanisée.

R. Broyez avec soin :	Camphre.	3 grammes.
dans :	Jaune d'œuf.	N° 2.
Puis délayez dans :	Infusion de tilleul.	125 grammes.
Ajoutez alors :	Sirop de gomme.	30 —
	Eau distillée de laurier-cerise . . .	4 —
	Laudanum de Sydenham	16 gouttes.

Mêlez ensuite avec émulsion d'amandes amères . . . . 125 grammes.

A prendre par quart d'heure (en agitant chaque fois), à la dose de 20 grammes environ, de manière à achever le tout en moins de quatre heures.

2° Lavement camphré laudanisé, pour remplacer l'émulsion.

R. Broyez :	Camphre.	1 gramme.
dans :	Jaune d'œuf.	N° 1.
Mêlez à :	Décoction de têtes de pavots . . .	500 grammes.
Ajoutez :	Laudanum de Sydenham	1 gramme.

A administrer en quatre doses, d'heure en heure.

3° Pilules contre la fièvre urétrale.

R. Extrait thébaïque. . . .	5	centigrammes.
Extrait de valériane . .	30	—
Sulfate de quinine . . .	25	—
Camphre	25	—

F. s. a. six pilules, en ajoutant un peu d'extrait de quina.

Ces pilules m'ont très-bien réussi chez les personnes irritables pour combattre et même pour prévenir la fièvre urétrale qui se développe, soit après le cathétérisme, ou la cautérisation du col ou du canal, soit après l'urétrotomie dans les rétrécissements organiques, ou après les séances de lithotritie.

On met le malade au bain aussitôt après l'opération, et on lui donne de suite une des six pilules que l'on continue de quart d'heure en quart

d'heure. On peut, suivant le besoin, répéter la même dose le lendemain et le surlendemain.

Ces médications resteront utiles alors même que la pulvérisation de la pierre en une seule séance sera généralement réalisée, ce que nous appelons de tous nos vœux.

DEUXIÈME PARTIE.

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LA TAILLE.

Nous avons soigneusement étudié la lithotritie dans toutes ses difficultés opératoires, sans dissimuler aucun des accidents qui peuvent s'offrir dans l'application clinique ; puis, recherchant leur cause et leur mécanisme, nous avons pris soin d'indiquer à mesure les moyens de les prévenir ou de les combattre chaque fois qu'ils peuvent survenir. Il nous reste maintenant à poursuivre la même étude sur l'opération de la taille.

Parmi les complications intrinsèques, examinons d'abord celles qui dépendent de la nature même du calcul, comme lorsqu'il existe un noyau dur ou métallique. L'introduction accidentelle des corps étrangers dans les voies urinaires constitue une série spéciale de faits dont l'intérêt pratique ne saurait être surpassé que par l'embarras et les difficultés qu'ils suscitent, d'autant plus que, sous ce rapport, il n'est rien formulé de précis ni de général dans les traités classiques de chirurgie ; leur présence, comme on le sait, provoque les accidents les plus variés ; dans les cas les plus heureux, le malade, après des malaises plus ou moins graves et plus ou moins prolongés, entre dans la catégorie des personnes atteintes d'un calcul vésical.

Dans mon Voyage médical en Italie, j'ai vu, à Pise, un calcul urinaire dont le noyau était un cure-oreille en ivoire (Gaz. Méd., 1837, n° 39). A Padoue, j'en ai trouvé 6 qui avaient pour base des épingles dont l'une était également en ivoire (Gaz. Méd., 1837, n° 42). Sur 166 cas de tout genre que M. Civiale a colligés dans les auteurs (Gaz. Méd., 1838, n° 17), je ferai remarquer qu'il a fallu recourir 64 fois à l'opération sanglante de la taille, dont les difficultés et les périls ne sauraient alors être comparés à ce qui se passe pour les pierres ordinaires. J'en produirai moi-même plus loin des exemples (voy. obs. XXVIII).

Il est vrai de dire que, jusqu'à ces derniers temps, on était peu avancé à

l'endroit du diagnostic et du traitement; l'opérateur se trouvait réduit au seul emploi de la sonde comme agent d'exploration. Les instruments de lithotritie ont offert à l'art des ressources précieuses. Toutefois, lorsque M. Leroy-d'Étiolles proposa ses instruments destinés à extraire les corps étrangers tombés dans la vessie ou retenus dans l'urètre, cette proposition parut être repoussée par l'Académie des sciences, on semblait douter de la possibilité de l'application (Gaz. Méd., 1841, p. 586). Le doute aujourd'hui n'est plus permis; sur les 166 exemples précités, cette méthode peut en revendiquer 26 où l'extraction a été faite par l'urètre sans recourir à une opération sanglante : c'est là une conquête importante de l'art contemporain. De tous les faits rapportés, aucun, à ma connaissance, n'a présenté les particularités de l'observation suivante.

INTRUDUCTION ACCIDENTELLE D'UNE LONGUE ÉPINGLE A GROSSE TÊTE, DANS L'URÈTRE, PUIS DANS LA VESSIE; EXTRACTION AVEC LES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS ; PARTICULARITÉS DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Obs. XIV.— Alice F., âgée de 21 ans, m'est amenée le 23 juillet 1842 par deux sœurs hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour extraire un corps étranger qui venait de s'introduire dans les parties génitales. Après de longs préambules, elle me fit l'aveu de sa faute; elle se livrait depuis quelque temps à la funeste habitude de la masturbation; le matin même, une longue épingle à grosse tête dont elle se servait, lui avait échappé en s'engageant dans l'urètre; de vives douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir.

L'exploration de la vulve et du méat urinaire ne révélait rien; j'appris que cette épingle, longue comme le doigt, garnie d'une grosse tête à facettes dorées, était de celles dont on se sert pour fixer les châles; elle avait été introduite par la tête; dans la pensée que la pointe pouvait rester encore engagée dans l'urètre, je me servis d'abord d'une pince à pansement; la dilatabilité du canal chez la femme en favorisait le jeu. La pince, en s'ouvrant, ne me fit rien apercevoir, mais comme elle dilatait le col de la vessie avec le canal, elle laissa échapper l'urine, qui sortit rougeâtre et sanguinolente, ce qui montrait que l'égingle avait déjà piqué la muqueuse : une algalie de femme, pénétrant plus profondément, heurtait contre un corps dur qui, par le frottement et la percussion, rendait un son métallique; l'épingle était donc tombée dans la vessie. Comment l'extraire? Je procédai comme pour une séance de lithotripsie; la malade fut couchée sur un divan; je pratiquai une injection d'eau tiède qui la soulagea beaucoup, et qui devait faciliter le jeu des instruments en développant la poche urinaire. Un brise-pierre courbe à cuillers fut introduit sans douleurs; j'allai à la recherche du corps étranger pour déterminer sa position et ses rapports; je le sentis spécialement à gauche, où le choc devenait plus fort et le son plus bruyant; la malade accu-

sait une sensation de piqûre dans l'aine droite, je crus pouvoir en inférer que l'épingle était située obliquement dans la vessie, la tête à gauche et un peu en arrière, la pointe en avant et à droite. La position était mauvaise, mais c'était là résoudre un premier problème fort important, car le diagnostic devait beaucoup éclairer la thérapeutique.

Je tirai parti d'une précaution qui m'avait été fort utile dans des séances de lithotritie pour charger de petits fragments de pierre ; elle consiste, lorsqu'on en a reconnu la présence, à déprimer au-dessous, avec les cuillers du brise-pierre, la paroi correspondante de la vessie, de manière à en faire une région déclive en forme d'infundibulum où tombent les débris du calcul ; j'essayai le même procédé à l'égard de la tête d'épingle ; mes essais restèrent stériles à plusieurs reprises : tantôt j'étais trop avancé, tantôt je me trouvais un peu reculé ; d'autres fois les branches du lithotribe, en s'ouvrant, repoussaient le corps étranger au lieu de le saisir. Enfin, après avoir reconnu exactement sa position, j'inclinai sa tige à droite, j'écartai les mors, puis je leur fis éprouver un mouvement de rotation en déprimant le point correspondant de la vessie en guise d'entonnoir déclive, je rapprochai ensuite les deux cuillers, et ma satisfaction fut grande quand je sentis un obstacle qui les empêchait de se fermer.

Toutefois, je n'étais pas encore au bout de mes peines ; quelle partie avais-je saisie ? Je constatai que l'échelle du lithotriteur marquait plus de 3 lignes (7 millimètres) ; or la tige seule n'aurait pu produire un pareil écartement. C'était donc la tête qui était prise. Ainsi j'avais réussi complétement dans mes recherches ; mais il eût été irrationnel de se décider à tirer avec violence ; une première traction, faite avec ménagement, provoqua une sensation de piqûre dans l'aine droite. Je relâchai un peu la force compressive, de manière à mettre seulement les branches en contact avec le corps étranger, et à lui permettre de rouler dans les cuillers pendant que je l'attirai doucement à moi ; il s'opéra alors une sorte de version qui donna à la tête une position antérieure à la pointe de l'épingle, et la tige finit par se placer obliquement dans une direction très-voisine de celle du brise-pierre. J'étais arrivé au col de la vessie, mais la branche droite de l'arcade du pubis, contre laquelle arc-boutait le corps étranger, me gênait beaucoup pour l'extraction. J'imaginais d'éviter cet obstacle en déprimant le canal de l'urètre, comme dans la taille chez les femmes par la méthode de Dubois, et faisant ensuite exécuter aux branches des cuillers un mouvement de bascule, de manière à relever le manche et à abaisser la pince, je m'efforçai de dégager l'instrument et sa prise. Toutes ces manœuvres, dont l'expérience m'a révélé l'utilité, me demandèrent moins de temps que de soins et de peines. Je ne saurais dire quelle fut ma joie lorsque je parvins enfin à retirer, au grand contentement de la malade, le corps étranger qui nous avait si fort inquiétés.

C'était une forte épingle en acier, longue de plus d'un pouce et demi (71 millimètres), dont la grosse tête à facettes dorées, d'un diamètre de plus de 8 lignes (7 millimètres) représentait une circonférence de plus de trois quarts de pouce

(21 millimètres). Aucune oxydation, ni incrustation saline ne s'était formée sur la tige; la pointe était très-aiguë; la tête conservait l'empreinte des mors du lithotriteur.

Après l'extraction, je fis dans la vessie une injection d'eau fraîche, qui fut très-favorable. La malade retourna à pied chez elle ; je conseillai des bains, des cataplasmes émollients et des infusions calmantes, etc. Tout se passa bien ; les règles reparurent régulièrement quelques jours après.

Je vis l'opérée jusqu'au 20 août, et je pus ainsi la surveiller pendant plus d'un mois. Il ne survint pas le moindre accident.

Lorsqu'il s'agit d'un corps étranger tombé dans les voies urinaires, le premier problème à résoudre consiste à en reconnaître non seulement la présence, mais encore la situation et les rapports, ainsi que les dispositions accidentelles qu'il a pu acquérir pendant son séjour, toutes circonstances majeures pour guider dans les moyens curatifs. Ce diagnostic est aussi difficile qu'important : « Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire, dit avec raison » M. Civiale, de constater la présence d'un corps étranger introduit dans » la vessie ; nous en avons eu pour preuve une foule de faits anciens con- » signés dans les auteurs, et beaucoup de faits nouveaux. » (Gaz. Méd., 1841, n° 47.) L'exploration veut être faite avec le plus grand soin, mais sans violence ; M. Civiale cite plusieurs cas de mort qui ont suivi des manœuvres peu ménagées ou des extractions opérées avec force (*Ibid.*, p. 746). Il ne suffit point de reconnaître la présence et les rapports du corps étranger, il s'agit de le saisir et de trouver un procédé convenable pour l'amener au dehors sans violenter les organes. La nature, la forme et le volume du corps peuvent beaucoup éclairer à cet égard ; ici, par exemple, il n'y avait que deux hypothèses possibles : l'une qui eût consisté à saisir la tige par le milieu et à la retirer en la recourbant et la pliant en deux, eût été praticable si j'avais eu affaire à une épingle flexible comme celles en laiton qui se faussent aisément ; mais la nôtre était en acier, elle eût résisté fortement, et peut-être n'aurait-on abouti qu'à en enfoncer davantage la pointe dans les parties molles, ou au plus à la briser en deux, et à avoir ainsi deux corps étrangers au lieu d'un, et trois pointes aiguës au lieu d'une seule.

On ne pouvait donc songer qu'à l'extraire par l'une de ses extrémités : la pointe, engagée comme elle l'était dans sa position oblique et supérieure, offrait peu de prise et laissait peu de sécurité à la manœuvre. Je pris la résolution d'aller à la recherche de la tête, placée dans un point reculé mais déclive, et voici comment je formulai mon procédé opératoire : je me pro-

posais, en saisissant la tête, de faire opérer une espèce de version céphalique à l'épingle par un mécanisme en quelque sorte analogue à ce qui se passe pour la tête de l'enfant dans certains accouchements, avec cette immense différence que tous les temps opératoires présentaient ici des difficultés incomparables ; il fallait donc rechercher la tête, la saisir entre les cuillers du lithoclaste, puis l'attirer avec ménagement en avant, de manière à la faire rouler sur son axe, pour lui donner une position antérieure à la pointe, et enfin l'extraire par l'urètre, en la dégageant suivant une ligne courbe en harmonie avec la direction et les dimensions de l'étroite voie à parcourir.

Mon plan était ainsi bien formulé. Je ne me dissimulais point l'extrême difficulté qu'il y avait dans l'exécution, mais il n'y avait pas à balancer. On a vu que le succès fut complet ; il ne fut pas moins satisfaisant dans l'observation qui suit.

INTRODUCTION DANS LA VESSIE D'UNE ÉPINGLE A GROSSE TÊTE, LONGUE DE 6 CENTIMÈTRES ; EXTRACTION AVEC LES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS, APRÈS UN SÉJOUR D'UNE SEMAINE DANS LES VOIES URINAIRES.

Obs. XV. — Une femme, âgée de 44 ans, ouvrière en soie à Lyon, se présente à l'Hôtel-Dieu le 2 mai 1846 ; pendant des manœuvres coupables, elle s'est introduit elle-même, dans l'urètre, une longue épingle qui, lui ayant échappé, est tombée dans la vessie. L'accident date de huit jours. Les douleurs qui sont survenues l'ont forcée à venir implorer les secours de l'art. Elle est admise dans le service de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui procède à l'extraction comme pour une séance de lithotritie. La malade est couchée sur le lit des opérations ; une injection d'eau tiède est pratiquée dans la vessie. M. Pétrequin introduit un lithotriteur courbe, à cuillers, sur le modèle de ceux de M. Heurteloup. Il explore la vessie pour déterminer la position de l'épingle, qu'il trouve située presque transversalement, la tête à droite ; il la saisit d'abord par la tige, alors il pratique, pour s'aider, le toucher vaginal, qui fait reconnaître la pointe à gauche ; il fait aussitôt glisser l'instrument le long de l'épingle jusqu'à sa tête, qui se distingue par un son métallique intense ; il l'attire doucement et réussit à la déplacer vers le col par une sorte de version. Dès lors M. Pétrequin imprime à l'instrument un mouvement de rotation, et met sa courbure en rapport avec la direction du canal sous la symphise qu'on tourne comme un promontoire. Il achève très-heureusement l'extraction du corps étranger. C'est une grosse épingle longue de 6 centimètres, et garnie d'une forte tête en cuivre, à facettes, du volume d'un gros pois.

Le succès des manœuvres opératoires fut complet ; on garda la malade en observation jusqu'au 11 mai, jour où elle sortit de l'hôpital. Il n'était pas survenu

d'accidents. (Observation recueillie par M. Chavanne, interne à l'Hôtel Dieu.

Pour l'extraction comme pour le diagnostic, M. Civiale accorde la préférence exclusive au trilabe, qu'il a employé avec succès (Gaz. Méd., 1841, p. 744). Sans vouloir déprécier en rien les avantages de cet utile instrument, j'ai cru pouvoir recourir à l'emploi du lithotriteur courbe à deux branches, à l'exemple de MM. Lallemand, Leroy-d'Étiolles, Labbat, etc., j'ai choisi le percuteur à cuiller, que sa forme me paraissait rendre plus propre à cet office. J'ajouterai qu'à ce même instrument se rapporte l'histoire intéressante d'un passe-lacet extrait de la vessie chez une jeune fille, par M. le docteur Bouchacourt (*Ibid.*. p. 700).

On a remarqué par quel artifice j'ai reconnu la tête de l'épingle, et je suis parvenu à la charger entre les mors, et comment l'échelle graduée nous a servi de guide pour apprécier son volume. La dépression des parois de la vessie, pour y produire un point déclive en infundibulum où tombe naturellement le corps à saisir, constitue une précaution très-efficace quand on a bien su reconnaître sa présence et sa position. Malgré cela, je n'aurais peut-être pas réussi si je n'avais imaginé de faire exécuter à la tête de l'épingle une sorte de version d'arrière en avant, par un mouvement analogue, comme je l'ai dit, à celui qu'on imprime à la tête du fœtus dans certains accouchements. J'y parvins en diminuant le degré de pression des branches, et faisant rouler le corps étranger sur son axe ; je l'amenai ainsi jusqu'au col en lui faisant acquérir une direction très-voisine de celle du percuteur lui-même. On a vu comment je terminai l'extraction, en imprimant à l'instrument un mouvement de bascule sous la symphise.

On ne saurait trop insister sur l'urgence de cette extraction avant que les mouvements des viscères ou les contractions de la vessie n'aient imprimé au corps étranger une situation trop vicieuse, ou que les incrustations formées par les acides et les sels de l'urine, n'aient augmenté son volume au point d'en rendre la sortie trop difficile ou impraticable (1).

---

(1) Sans les précautions précitées, on réussira difficilement. Ainsi M. Pamard, ayant à traiter, en 1847, une fille de 30 ans, qui depuis un mois avait un porte-plume dans la vessie, dit : « Nous essayâmes, mais en vain, à l'aide du lithotri-
» teur de Heurteloup, de l'extraire : nous le saisîmes immédiatement, mais lors-
» qu'on cherchait à l'extraire au dehors, on sentait une résistance invincible
» accompagnée de violentes douleurs. Il était évident que le corps étranger, de
» forme longue, s'était placé en travers, et que ses deux extrémités appuyaient
» sur les parties latérales de la vessie, et qu'on éprouverait probablement des
» difficultés insurmontables à le faire changer de direction. » (Documents sta-

Voilà donc deux cas de corps étrangers où nous avons réussi, grâce aux instruments de lithotritie, à prévenir une opération de taille. Mais on n'est pas toujours aussi heureux, surtout lorsqu'on est appelé trop tard, comme dans l'observation suivante.

INTRODUCTION DANS LA VESSIE D'UN PORTE-PLUME EN CUIVRE; INCRUSTATION DU CORPS ÉTRANGER PAR LES SELS ET LES ACIDES DE L'URINE; TAILLE HYPOGASTRIQUE; PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES.

Obs. XVI. — En juillet 1847, M. X... se présente à l'Hôtel-Dieu pour être débarrassé d'un corps étranger dans la vessie; il est admis dans les chambres payantes, service de M. Pétrequin; il est âgé de 37 ans, d'une constitution primitivement forte, mais énervée aujourd'hui; ayant d'abord étudié dans un séminaire pour être prêtre, il s'est ensuite trouvé dans l'isolement et a contracté la funeste habitude de la masturbation. C'est dans cette manœuvre coupable qu'un porte-plume en cuivre fut introduit dans l'urètre, d'où il tomba dans la vessie. L'accident datait de deux mois à son arrivée. Des douleurs étaient bientôt survenues; des besoins fréquents d'uriner se firent sentir; ces besoins devinrent une vive souffrance. Il y avait pesanteur au périnée, ténesme vésical, etc. Il s'y joignit une hématurie. C'est dans cet état fâcheux que le malade vint à Lyon. La présence du corps étranger fut constatée. Comment l'extraire? On ne songea pas d'abord à la taille; car nul doute que l'extraction par les voies naturelles ne soit en tout point préférable à une opération sanglante; deux tentatives furent faites avec les instruments de lithotritie. M. Pétrequin saisit le corps étranger, mais la vessie était tellement irritable qu'on ne pouvait pas manœuvrer à son aise. Le porte-plume ne put être extrait, car il fut impossible de le prendre par une de ses extrémités.

Il fallait donc procéder autrement. M. Pétrequin remarqua que si l'on ne pouvait extraire le corps en le saisissant par un bout, il était du moins facile de le faire saillir à l'hypogastre, et il en tira une modification opératoire propre à simplifier beaucoup la taille sus-pubienne, méthode à laquelle on s'arrêta définitivement, après en avoir soigneusement discuté tous les temps.

Et d'abord il ne pouvait être question de l'incision périnéale préalable

---

TISTIQUES SUR LA TAILLE ET LA LITHOTRITIE.) Il fut obligé de recourir à la taille. On peut lire aussi, dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (n° du 5 juillet 1847), un fait parfaitement identique à celui dont nous venons de tracer l'histoire, et qui ne diffère que par le sexe du sujet; car, relativement aux résultats, on y voit, comme chez cette malade, les instruments lithotriteurs rester impuissants. — Les précautions que nous recommandons ont été réalisées dans les tentatives que M. Leroy-d'Étiolles a fait connaître en 1841 et 1851. (Voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 605; et 1851, p. 122.)

du frère Côme qui a l'inconvénient majeur d'ajouter à la gravité de la taille, et d'augmenter les chances d'inflammation, sans être d'aucune utilité contre les infiltrations d'urine vers l'hypogastre.

Dans la plaie extérieure, je m'appliquai à descendre jusque sur le pubis, de manière à diviser complétement le fascia superficialis afin de prévenir l'infiltration urinaire entre l'aponévrose abdominale et lui ; j'eus soin pour ouvrir le ventre d'attaquer l'angle inférieur, comme étant le plus éloigné du repli péritonéal. On sait que la sortie d'un flocon cellulo-adipeux annonce qu'on est arrivé près de la vessie. Je n'agrandis l'ouverture qu'après avoir introduit derrière l'aponévrose une sonde cannelée à pointe boutonnée pour refouler le péritoine au devant du bistouri.

Devais-je distendre la vessie ? Fallait-il recourir à l'injection préalable de Rousset ? rejetée par la majorité des opérateurs, renouvelée par M. Amussat, condamnée de nouveau par M. Baudens, que doit-on en penser ? Il me semble qu'elle a l'inconvénient de faire souffrir le malade et qu'elle n'empêche point la vessie de s'affaisser dès qu'on l'a ouverte, le liquide s'écoulant aussitôt. J'ajouterai que Souberbielle que j'ai vu opérer plusieurs fois, et qui est peut-être le lithotomiste moderne qui a le plus souvent pratiqué la taille sus-pubienne, n'y avait point recours. (Rapp. et disc. a l'Acad. sur la taille et la lithot., in-8°, 1835, p. 169.)

Dans les cas ordinaires, je préfère la sonde à dard de Belmas ; j'insisterai seulement sur une précaution importante oubliée par Dupuytren et Bégin (Dict. en 15 vol., 1831, t. VI, p. 76), comme par la plupart des auteurs. Dès qu'on a ouvert la vessie sur la sonde à dard, elle s'affaisse, la contraction rétrécit l'ouverture et l'éloigne de l'opérateur, ce qui ne laisse pas d'embarrasser beaucoup la manœuvre ; en effet dès que le bistouri pénètre dans la vessie, l'extrémité obtuse de la sonde à dard cesse de former un point d'appui, et de soutenir ce viscère au-dessus du niveau du pubis, de sorte que la sonde elle-même franchit l'ouverture de la plaie extérieure ; il en résulte à l'instant même un affaissement subit de la vessie qui s'enfonce derrière et au-dessous du pubis, ce qui entrave ainsi la terminaison de l'opération, parce qu'il devient difficile d'achever l'incision de la paroi antérieure de l'organe. Scarpa, après avoir avec raison signalé cet inconvénient dans un excellent mémoire sur la taille hypogastrique, indique le moyen suivant pour y remédier : « Lorsque le fond de la vessie est re-
» levé par la sonde à dard, il suffit alors de commencer l'incision de la pa-
» roi antérieure, non pas exactement le long de la tige de la flèche, mais à
» une ligne et demie environ du point où elle a traversé la vessie ; de cette

» manière l'extrémité arrondie de la sonde, sur laquelle appuie ainsi une » bride formée par la paroi de la vessie, soutient son fond relevé, sans » qu'il y ait à craindre que cette poche membraneuse glisse et abandonne » l'instrument pendant que l'opérateur incise de haut en bas la paroi anté- » rieure dans une étendue proportionnelle au volume de la pierre à ex- » traire. » (Scarpa, TRAITÉ DE LA TAILLE, trad. d'Ollivier d'Angers. Paris, 1826, p. 60.)

Dans un autre cas de taille hypogastrique, je me suis bien trouvé de mettre ces sages préceptes en exécution tels qu'ils sont exposés; mais ici je m'occupai d'en tirer parti sans employer la sonde à dard, comme on va le voir. J'avais remarqué qu'en saisissant le corps étranger avec le lithotriteur, il m'était facile de le faire saillir à l'hypogastre, et j'imaginai de m'en servir comme d'un conducteur à l'instar de la sonde de Belmas. Dans ce procédé le lithotriteur remplissait à la fois l'office de guide et d'instrument de préhension, et il devait m'aider à faire aisément sortir par la plaie sus-pubienne le porte-plume qui de la sorte se présentait de lui-même à extraire. On n'aurait plus qu'à le retirer avec une pince ordinaire, ce qui simplifiait beaucoup la manœuvre en évitant tous les tâtonnements et toutes les recherches.

La modification de Scarpa avait aussi pour but de perfectionner l'incision de la vessie; il faut éviter avec soin de déchirer le tissu cellulo-adipeux qui revêt la paroi antérieure, il importe de la diviser nettement, afin d'éviter l'infiltration de l'urine et les abcès qui en sont la suite. Le procédé de Scarpa permet d'inciser la paroi antérieure de la vessie avec sûreté, et dans une direction qui soit parfaitement en rapport avec celle des téguments. Cela fait, le doigt indicateur gauche glisse dans la vessie, sert à reconnaître le corps étranger et à introduire le *crochet suspenseur* pour soutenir le viscère et empêcher que les intestins ne le dépriment. Cet instrument, perfectionné par Belmas et Leroy-d'Étiolles, facilite beaucoup l'opération en ce qu'il occupe moins de place que le doigt, n'est pas exposé à glisser comme lui et qu'il rend la main gauche de l'opérateur libre pour charger soit la pierre, soit le corps étranger.

Ceci posé, reprenons la suite de l'observation.

Le 20 juillet 1847, l'opération eut lieu. Le malade était préparé par quelques lavements laxatifs dès la veille. On le coucha sur un lit ferme; il fut éthérisé. M. Pétrequin introduisit ensuite un lithotriteur courbe avec lequel il saisit le porte-plume; il attacha alors avec un lien les branches de l'instrument, de peur qu'il ne lâchât le corps étranger; il lui fut ensuite facile de faire saillir ce der-

nier à l'hypogastre. L'opérateur le confiant aussitôt à un aide, incisa couche par couche sur la ligne blanche en descendant jusque sur le pubis, de manière à diviser complétement le *facia superficialis*. M. Pétrequin ouvrit avec précaution l'aponévrose abdominale en l'attaquant dans l'angle inférieur de la plaie, et il agrandit ensuite l'incision de bas en haut sur une sonde cannelée qui protége et refoule le repli péritonéal; alors imprimant au lithotriteur un mouvement de bascule qui déprimait le manche, il souleva le sommet de la vessie sur la pointe du corps étranger; il incisa la paroi antérieure de ce viscère, en commençant en avant de la pointe de l'instrument, suivant le procédé de Scarpa; mais, attendu qu'il n'avait point de gouttière pour le conduire sur la sonde à dard, il apporta beaucoup de soin dans la pratique de cette incision qui fut heureusement accomplie. On fit ensuite basculer le porte-plume qui fut aussitôt saisi avec une pince à polypes; on le serra fortement pendant qu'on détachait et dégageait le lithotriteur de son côté, et alors la pince amena au dehors un porte-plume en cuivre blanc, long de 7 centim. et déjà fortement incrusté de sels calcaires. Une sonde en gomme élastique fut introduite dans la vessie; après quoi l'opérateur pratiqua par la plaie une injection émolliente qui ressortit par la sonde, et après avoir glissé dans l'incision un mèche de linge effilée, il rapprocha les bords à l'aide d'un pansement à plat. (Tis. violettes et tilleul; potion calmante diacodée; diète; repos.)

Les suites de l'opération furent très-heureuses, grâce au traitement et au régime diététique qu'on mit en usage. Il ne survint pas d'accidents d'infiltration urineuse. La fièvre traumatique fut bénigne; enfin l'urine paraissant devoir reprendre son cours, la sonde en caoutchouc fut retirée après quelques jours, et en effet le malade urina facilement.

Mais plus tard M. Pétrequin remarqua chez l'opéré une agitation insolite, il lui trouva un air ébaubi, l'œil inquiet; il avait une fièvre irrégulière et un état nerveux très-prononcé. Quelle pouvait être la cause de ce changement si inopiné? M. Pétrequin découvrit sur les linges du malade des taches spermatiques; il soupçonna que, n'étant plus sous le coup de la peur et de l'opération, il était retombé dans ses vicieuses habitudes d'onanisme; il le fit surveiller, et en effet on trouva à plusieurs reprises la verge dans un état de demi-érection, et les pièces du pansement souillées de sperme. Les recommandations les plus pressantes lui furent adressées; on lui montra tous les périls de son détestable vice. M. Pétrequin eut même recours aux aumôniers de l'Hôtel-Dieu pour ajouter encore l'influence de la religion. Rien ne réussit. Cette habitude dégénéra en passion brutale. Le malade tomba dans une sorte de *délire onanique* au milieu duquel il succomba le 3 août, à une époque où l'on pouvait considérer la guérison comme assurée; car le moment des véritables accidents de la taille hypogastrique était passé (1). M. Pétrequin avait fait voir quelque temps auparavant

(1) M. Pamard, à propos d'une opération de taille pratiquée par son père, en

un autre exemple du même délire chez un jeune scrofuleux qui mourut en se tuant par la masturbation. (Recueillie par M. Bourland, élève interne.)

L'éthérisation préalable est toujours une précaution importante; je rappellerai ici un cas de mort subite occasionnée par la frayeur d'une opération de taille : M. Cazenave (de Bordeaux) rapporte (Gaz. Méd., 1850, p. 878) que M. Dubousquet, médecin-vétérinaire, âgé de 60 ans, affecté depuis un an des symptômes d'un calcul vésical, après avoir accepté la taille comme seul moyen de délivrance, perdit subitement connaissance à l'aspect des préparatifs de l'opération, au moment même où M. Cazenave allait le tailler en présence des docteurs Crebessa, Arthaud et Dupont, et trois quarts d'heure après il était mort, quoi qu'on eût pu faire pour le sauver. L'éthérisation exerce une heureuse influence, non-seulement sur le moral des patients, mais encore sur les suites de l'opération. M. Warren soutient aussi la même thèse. (Gaz. Méd., 1851, p. 23.)

A l'égard de la taille en deux temps proposée par M. Vernière, j'ajouterai que je l'ai mise en pratique dans un cas de cystotomie hypogastrique que j'ai pratiquée en ville avec le docteur Brévard ; mais je dois dire que la longueur de l'opération, les souffrances qu'entraînent les applications répétées de potasse caustique (qu'il faut beaucoup multiplier chez les personnes grasses, quand on emploie ce moyen), l'anxiété fébrile dans laquelle on entretient le malade, etc., m'ont paru tout autant de complications fâcheuses (1) qui empêchent de la proclamer toujours préférable à l'emploi du procédé qui précède.

Si je suis entré avec une certaine insistance dans la discussion des principaux détails qui me semblent simplifier et perfectionner la méthode, c'est que je me suis rappelé ces paroles de Dupuytren et de Bégin : « Il est arrivé » trop souvent à des hommes non dépourvus d'habileté, de tailler à côté » de la vessie, au-dessus du pubis, pour qu'on doive rejeter les moyens les » plus assurés d'éviter de semblables malheurs, surtout lorsque ces moyens

---

1808, sur un curé de 68 ans, fait une remarque curieuse : « On sait que l'habile opérateur de l'Hôtel-Dieu de Paris, M. le professeur Roux, a déclaré qu'il avait perdu tous les ecclésiastiques qu'il avait taillés. » (Op. cit.)

(1) On peut objecter encore que M. Nélaton a pratiqué ainsi la taille sus-pubienne et que son malade est mort (A. Thierry, Thèse de concours, 1842, p. 62, et Gaz. Méd., 1842, p. 90). Toutefois je me plais à reconnaître avec M. Vidal (de Cassis) que la taille en deux temps se recommande en principe et qu'elle mérite hautement d'être expérimentée de nouveau.

» ne sauraient présenter le plus léger inconvénient. » (DICT. EN 15 VOL., 1831, t. VI, p. 81.)

Chez la femme, la *taille vésico-vaginale*, imaginée par Rousset, modifiée par Fabrice de Hilden, enfin proposée par Méry comme méthode gégnérale, paraissait être tombée dans l'oubli, lorsqu'elle a été de nouveau prônée par Vacca-Berlinghieri, Clémot, Flaubert, etc.; Dupuytren et Bégin disent que « ce procédé a pris rang parmi ceux qu'on peut employer avec » le plus d'utilité. » (DIC. cité, p. 130.) Ils ajoutent : « Cette méthode n'ex- » pose pas à beaucoup près autant aux fistules urinaires que la taille recto- » vésicale, en même temps que le bassin de la femme est conformé de ma- » nière à permettre la sortie des plus gros calculs par les voies que la nature » a disposées pour le passage du fœtus. Elle doit donc, si toutefois on s'en » rapporte à l'expérience la plus récente, mériter la préférence, et le pro- » cédé le plus convenable pour la pratiquer est celui de M. Clémot. » (*Ibid.*, p. 131.) Le fait suivant est peu favorable à cette doctrine.

CALCUL VOLUMINEUX ; COMPLICATION DE DYSURIE ET DE CATARRHE VÉSICAL ; TAILLE VÉSICO-VAGINALE ; PERSISTANCE D'UNE FISTULE.

OBS. XVII. — Le 24 novembre 1845, je fus appelé en consultation par deux médecins de Lyon pour leur prêter mon assistance auprès d'une dame âgée d'environ 60 ans, qui depuis deux années présentait tous les symptômes rationnels de la pierre. Il y avait pesanteur et douleurs à l'hypogastre, besoins fréquents d'uriner, parfois dysurie, etc.; un catarrhe vésical était venu compliquer cet état. Le cathéthérime faisait reconnaître la présence d'un calcul volumineux, arrondi, etc. Mes deux confrères se déclarèrent pour la taille vésico-vaginale, en s'appuyant sur l'opinion des auteurs précités. Pour moi je reconnus que cette méthode opératoire est moins dangereuse ; mais je remarquai que si elle ne menace pas immédiatement la vie, elle expose davantage aux fistules et à l'incontinence d'urine ; ce qui devient une infirmité calamiteuse et dégoûtante. J'ajoutai qu'on pourrait peut-être par d'autres procédés que je développerai plus loin (voyez 3e partie) arriver à un meilleur résultat. Toutefois, comme j'étais la minorité, je dus céder. L'appareil instrumental étant tout prêt, on procéda immédiatement à la taille, dont nous avions déterminé tous les détails à l'avance.

La malade était couchée sur le dos, les cuisses écartées. Un cathéter cannelé fut introduit dans la vessie; je fus chargé de le maintenir immobile, en pressant avec sa convexité sur le bas-fond du viscère pour le déprimer du côté du vagin. L'opérateur plaça alors dans le vagin un gorgeret en bois dont il appuya le bout contre le cathéter, en même temps qu'avec le manche il déprimait l'orifice vaginal. La cloison vagino-vésicale était ainsi mise à découvert ; il y fit une ponction avec la pointe d'un bistouri droit, en attaquant le bas-fond de la vessie en

arrière du col ; l'ouverture fut ensuite agrandie en arrière avec un lithotome caché dans l'étendue d'environ 2 centim. et demi. Le cathéter avait été retiré ; l'index glissé dans l'incision servit à reconnaître la position du calcul et à diriger les tenettes. A la seconde tentative le calcul fut chargé et extrait sans trop de difficulté, malgré son volume. C'était un sphéroïde à peu près gros comme un œuf de dinde, d'ailleurs sans aspérités. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. L'opérateur fit dans la vessie plusieurs injections émollientes.

Les suites de l'opération furent simples : la fièvre traumatique bénigne, il n'y eut pas d'infiltration urineuse. La malade fut guérie de la pierre, mais elle conserva une incontinence d'urine ; la plaie de la taille avait dégénéré en une fistule vésico-vaginale.

Cet accident n'est point une exception ; il est vrai que Fabrice de Hilden a vu deux femmes dont le bas-fond de la vessie, enflammé et ulcéré par le séjour prolongé d'un calcul, lui avait ouvert une voie suffisante à son expulsion, et qui toutes deux étaient parfaitement guéries ; mais ce n'est pas la règle générale, comme l'observe judicieusement M. Laugier : « D'après » M. Velpeau, on compte aujourd'hui 25 exemples de taille vésico-vaginale ; » mais malgré les faits favorables où la guérison a été obtenue, il faut con- » venir que la position déclive de la plaie conduit au moins une fois sur » quatre à une fistule vésico-vaginale incurable ou difficile à guérir. » (Dict. en 30 vol., 1844, t. XXIX, p. 304.) Cette proposition est encore au-dessous de la vérité, comme le prouvent les faits particuliers. En voici un » exemple emprunté à M. Pamard père : « Madame Valentin, 25 ans, » d'Avignon, opérée le 7 octobre 1811 ; elle portait un calcul très-volumi- » neux qui présenta des difficultés pour l'extraction. L'incision fut faite en » bas et à gauche ; le vagin fut intéressé. La guérison eut lieu, mais la ma- » lade conserva une incontinence d'urine. » (Pamard, Documents statist. sur la taille et la lithot., obs. 48.)

Abordant maintenant la *taille périnéale*, nous allons passer en revue les principaux accidents qui peuvent la compliquer ; nous commencerons par les cas les plus simples.

CALCUL VOLUMINEUX, DE DIX-SEPT LIGNES SUR DOUZE, CHEZ UN ENFANT ; TAILLE LATÉRALISÉE ; GUÉRISON.

Obs. XVIII.—En 1845, un garçon de 12 ans me fut amené de la Voulte (Ardèche), pour être traité d'une maladie de la vessie. Il souffrait du côté des voies urinaires depuis l'âge de 4 ans, et les souffrances allaient en empirant. Il offrait tous les symptômes rationnels de la pierre : besoins fréquents d'uriner, dysurie, pesanteur au périnée et à l'hypogastre, arrêt brusque du jet urinaire, etc. La sonde fit reconnaître en effet la présence d'un calcul assez volumineux.

Le 25 février 1845, je procédai à l'opération après un traitement préparatoire. Incision périnéale d'environ 15 lignes, commençant sur le raphé, à 10 lignes en avant de l'anus; ouverture de l'urètre sur le cathéter dans la région membraneuse; débridement oblique de la prostate avec le lithotome caché, armé au n° 8. Je saisis la pierre avec des pinces à polype, et j'en opérai heureusement l'extraction.

Elle était plus grosse qu'un œuf de pigeon, de forme allongée, avec des incrustations latérales en relief, offrant 17 lignes de long sur 12 de large.

Je pratiquai immédiatement dans la vessie des injections émollientes à jet continu; une mèche de charpie longue fut introduite dans la plaie d'où on la retira après quelques heures. Les suites de l'opération furent très-heureuses, le résultat complet; l'opéré put sortir de l'hôpital le 23 mars.

CALCUL VOLUMINEUX, COMPLIQUÉ DE CATARRHE VÉSICAL, AVEC INCONTINENCE D'URINE, ETC.; TAILLE LATÉRALISÉE; GUÉRISON.

Obs. XIX. —Le 23 septembre 1849, on présenta à M. Pétrequin à l'Hôtel-Dieu, un garçon, âgé de 13 ans, de Rive-de-Gier (Loire), qui offrait depuis plusieurs années tous les symptômes rationnels de la pierre; mais depuis trois mois surtout il existait une aggravation de l'état morbide; ainsi il y avait dysurie, parfois rétention brusque du jet de l'urine, besoins fréquents de miction; chaque nuit il était obligé de se lever dix à douze fois pour uriner; les douleurs étaient quelquefois assez vives pour arracher des cris au malade; les urines étaient sédimenteuses, catarrhales; souvent elles coulaient involontairement; elles forment un dépôt graveleux; il y a perte d'appétit, soif, fièvre irrégulière, tristesse, etc.

M. Pétrequin, après avoir introduit une sonde en argent, nous fit reconnaître par la percussion la présence d'un corps dur et rugueux. Le diagnostic d'un calcul étant établi et les préparatifs de l'opération une fois achevés, M. Pétrequin procéda à la taille, le 19 octobre 1849, de la manière suivante, après éthérisation préalable : Incision oblique au périnée à 10 lignes en avant de l'anus; ponction de l'urètre sur le cathéter cannelé, derrière l'aponévrose moyenne; débridement de la prostate suivant son diamètre oblique avec un lithotome caché, armé au n° 8 1/2. L'opérateur explore la vessie avec l'index qui, après avoir reconnu la position du calcul, dirige l'introduction d'un gorgeret boutonné; sur la crête de cet instrument on fait glisser des pinces à polype qui chargent et retirent dès la première tentative un assez gros calcul, inégal et rugueux, dont le volume et les aspérités opposent quelques difficultés dans l'extraction. On constate ensuite par un nouvel examen que la vessie est libre, et alors on y pousse des injections émollientes multipliées. Le pansement est terminé par l'introduction d'une longue mèche de charpie dans la plaie, où elle reste à demeure une partie de la journée, et que M. Pétrequin destine à tenir l'ouverture libre de tout caillot et à la conserver béante après qu'on a retiré le tampon.

Grâce au traitement consécutif, l'opération fut exempte d'accidents; le dixième

jour, l'urine sort en grande partie par le canal ; la plaie est déjà presque cicatrisée le 31 octobre ; l'opéré peut sortir guéri de l'hôpital le 5 décembre. Ce qui a retardé son départ, ce n'est pas l'opération elle-même, mais un engorgement lymphatique des glandes de l'aine qui a réclamé un traitement de plusieurs semaines. (Recueillie par M. Louis Gubian, interne des hôpitaux de Lyon.)

Dans ces deux cas, je n'ai pas hésité à recourir à la taille ; chez les enfants, je la crois généralement préférable à la lithotritie, à l'exemple de MM. Velpeau (Rapports et discussions a l'Académie sur la taille et la lithotritie, 1835, in-8°, p. 9), Sanson (*ibid.*, p. 100), Roux (*ibid.*, p. 70, 72), Delmas (*ibid.*, p. 145), Souberbielle (*ibid.*, p. 150), A. Thierry (Thèse de concours, 1842, p. 149), Gorgone de Palerme (1° Rapp. della clinica chirurg., 1839, p. 14), Bouisson (Clinique chirurg. de Montpellier, 1846, p. 28), etc.; il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de la possibilité (elle a été démontrée par MM. Ségalas, Leroy-d'Étiolles, Amussat, etc.), mais de l'opportunité de la méthode. L'étroitesse du canal, son extrême contractilité, la sensibilité excessive de la vessie et la disposition des jeunes sujets à l'inflammation, aux spasmes et à la fièvre urétrale, etc., me paraissent des contre-indications majeures pour la lithotritie.

Chez les enfants, je me sers habituellement de pinces à polypes, comme plus commodes pour l'extraction que les tenettes qui sont toutes trop grosses eu égard à l'étroitesse du canal à franchir ; elles exposent moins à meurtrir le périnée. Scarpa les mentionne dans ses opérations, et je remarque que M. Pamard d'Avignon les préfère également (Documents statistiques, p. 7). Je puis dire qu'elles m'ont aussi rendu des services chez les adultes.

Après l'opération, j'ai soin de pousser dans la vessie des injections émollientes ; je les pratique avec une seringue aspirante et foulante, comme celle dont M. J. Guérin se sert dans la ponction sous-cutanée des abcès ; on a l'avantage d'abord de pouvoir faire des injections multipliées, sans avoir l'inconvénient de retirer et de replacer la canule dans la plaie, puis de nettoyer la vessie de tous les caillots de sang et débris de pierre qu'elle peut contenir, c'est en outre un moyen antiphlogistique.

Mon pansement consiste dans une mèche de charpie longue qu'on introduit jusque dans la vessie ; elle n'a pas seulement pour but de filtrer l'urine, comme on l'a dit, mais elle empêche la plaie de s'obstruer de caillots, elle en nivelle les parois ; et quand on enlève le tampon au bout de quelques heures, il a formé une voie béante, perméable à l'urine qui, trouvant alors un écoulement facile, a beaucoup moins de tendance aux infiltrations.

Toutes ces pratiques s'appliquent aussi aux cas qui vont suivre, de même que l'éthérisation dont l'influence heureuse a été manifeste chez le malade dont voici l'histoire :

CALCUL VOLUMINEUX DONT L'EXISTENCE EST MÉCONNUE PENDANT PLUSIEURS ANNÉES ; COMPLICATION DE CYSTITE CALCULEUSE, DE BRONCHITE ET DE FIÈVRE, ETC.; TAILLE LATÉRALISÉE ; GUÉRISON.

Obs. XX. — Le 27 septembre 1848, A. O., âgé de 55 ans, ouvrier en soie à Lyon, est adressé à M. Pétrequin pour une maladie chronique de la vessie qui a porté une atteinte profonde à sa constitution. Il y a amaigrissement, débilitation générale, perte du sommeil et de l'appétit, constipation, etc. Souvent il se développe des exacerbations fébriles ; il y a complication d'une bronchite chronique très-fatigante. Quant aux urines, elles sont sédimenteuses, catarrhales, et se décomposent rapidement, de manière à exhaler une odeur fétide ; les besoins d'uriner sont très-fréquents ; il y a gêne et douleurs dans la miction, avec pesanteur au périnée, etc. Cet état maladif dure depuis plusieurs années, mais il s'est aggravé surtout depuis quatorze mois, et même le malade se trouve depuis deux mois condamné à garder le lit ; il s'est vu forcé depuis longtemps d'abandonner son état.

On l'a traité pour un catarrhe vésical chronique ; son premier médecin ne l'ayant pas soulagé, il l'a quitté au bout d'un an pour se mettre entre les mains d'un autre médecin qui n'a pas mieux réussi. Il est alors entré dans un hôpital d'où, après un séjour de plusieurs mois, il a dû repartir sans amélioration. M. le docteur Goujon consulté alors l'adressa immédiatement à M. Pétrequin à l'Hôtel-Dieu.

L'existence d'un catarrhe vésical chronique est évidente, mais n'y a-t-il pas autre chose ? C'est la question que se posa d'abord M. Pétrequin, et il en chercha la solution dans ce précepte de Lisfranc que nous l'avons vu souvent mettre en pratique : « Dès qu'un malade accuse des douleurs dans la vessie, il faut explo- » rer cet organe par le cathétérisme. » L'opérateur diagnostiqua et nous fit diagnostiquer la présence d'une pierre volumineuse, que l'instrument lithotriteur mesura sous un diamètre de 36 millim. Après un traitement préparatoire destiné à combattre les principales complications, comme la fièvre, la bronchite chronique et le catarrhe vésical, M. Pétrequin pratiqua la cystotomie le 16 novembre 1848, en présence des docteurs Barrier, Desgranges, Foltz, Vernay, Baumers, Lavivotte, Bonnarie, Carmouche, Barudel, etc. Il fit remarquer que les ischions étaient très-rapprochés et le périnée étroit, ce qui, rendant l'anus enfoncé, lui fit supposer que le col de la vessie serait très-profond, ce qui fut vérifié. Éthérisation préalable. Incision oblique à partir de 11 à 12 lignes en avant de l'anus, ouverture de l'urètre sur la rainure du cathéter, où l'on fait glisser le bistouri au niveau de la région membraneuse. On lui substitue aussitôt le lithotome ca-

ché qui, appuyé par son manche contre la branche droite du pubis, sert, dès que le cathéter est retiré, à faire une incision oblique au col de la vessie et de la prostate avec l'armure n° 10. Il s'écoule un peu d'urine mêlée de sang; l'index est introduit, reconnaît la position du calcul, et sert à introduire un conducteur boutonné sur l'arête duquel on fait glisser les tenettes. Le volume de la pierre ne permet de la charger qu'en la brisant, ce qui nécessite plusieurs introductions de l'instrument. M. Pétrequin termine par la curette, car plusieurs fragments étaient adhérents aux parois vésicales en divers points. Des injections émollientes font sortir en grande quantité les derniers débris. L'organe une fois bien nettoyé, on place dans l'incision une longue mèche de charpie qu'on doit retirer dans la journée. (Tisane de violettes et tilleul; potion calmante diacodée; diète; silence.)

17 novembre. La mèche de charpie a été changée hier à trois heures. Il y a eu un peu de sang de rendu par le canal et un refroidissement général intense qu'on a eu grand'peine à maîtriser au moyen de linges et de cruches d'eau chaude. Au total, ce matin tout va bien.

18 novembre. Même état satisfaisant; les urines sont moins infectes.

19 novembre. Le sommeil est un peu revenu; les urines coulent un peu par la verge; la plaie seule est un peu douloureuse; il y a un peu d'embarras gastrique, sans fièvre.

21 novembre. Même état. (Bains de siége.)

22 novembre. Quelques frissons après le bain de siége. (Bain de siége.)

23 novembre. La plaie est diminuée d'un tiers; constipation. (Lavement et bain de siége.)

24 novembre. Presque toute l'urine passe par la verge; un peu de toux. (Bouillon de poulet; vésicatoire.)

26 novembre. Douleurs le long du canal quand l'urine passe. (Injection d'eau tiède; lavement; lait pour boisson.)

28 novembre. Toux fréquente qui retentit péniblement au périnée. (Injections tièdes tous les jours dans la vessie.)

1er décembre. La toux persiste et fatigue le malade. La plaie se rétrécit toujours, mais laisse encore passer les urines qui sont toujours fétides. (Boissons béchiques; cautère au bras; continuer les injections.)

8 décembre. Amendement de la toux; l'urine coule toujours par la plaie. (Injection tiède par le canal; pilules hypnatiques; potion antimoniée.)

13 décembre. Les forces et l'appétit se relèvent; le sommeil revient. La plaie se rétrécit de plus en plus; les bords prennent un bon aspect. L'urine coule en partie par le canal. (Même prescription; potion balsamique.)

17 décembre. Amélioration croissante dans l'état du malade; les urines sortent en abondance par le canal. Les douleurs du périnée ont disparu, ainsi que celles

25 décembre. La plaie est toujours ouverte ; ses bords sont un peu pâles. L'urine passe encore en partie par la plaie ; du reste état général bon.

28 décembre. L'urine devient limpide et inodore ; elle passe en plus grande quantité par la verge. État général très-bon.

5 janvier. La vessie garde un peu mieux l'urine. Il est survenu un peu de fièvre ; l'appétit est troublé. (Sirop de quinquina ; potion calmante.)

8 janvier. La vessie garde un peu mieux l'urine ; cependant le malade urine encore sept ou huit fois par nuit et autant le jour. L'urine passe presque entièrement par le canal ; elle a repris ses caractères normaux, et le malade ne la rend plus involontairement et ne mouille plus son lit.

9 janvier. Le malade part avec une plaie d'un demi-centimètre de longueur, en voie de cicatrisation ; l'urine a repris sa couleur et son odeur ; elle sort en totalité ou à peu près par le canal ; la miction est volontaire, mais encore douloureuse quelquefois. La constitution de l'opéré se restaura peu à peu. M. Pétrequin eut occasion de le revoir plus tard, la guérison était complète et la cure ne s'est pas démentie. (Recueillie par MM. Gautier et Jacquemet, internes des hôpitaux de Lyon.)

Sans l'éthérisation, les souffrances de cette laborieuse opération eussent imprimé aux nerfs un tel ébranlement et à la fièvre traumatique une telle intensité, que la gravité des complications aurait pu devenir funeste. Les balsamiques et l'oxyde blanc d'antimoine furent d'un grand secours contre la bronchite ; les injections quotidiennes tantôt par la plaie, tantôt par l'urètre, soulageaient beaucoup en débarrassant la vessie des urines mucoso-purulentes qui séjournaient dans le bas-fond ; on les rendit d'abord émollientes, puis détersives. Après l'emploi des analeptiques et des corroborants, la cicatrisation s'obtint par des lotions et des pansements au vin aromatique, qu'on aida de quelques cautérisations avec la pierre infernale pour modifier la vitalité des tissus. Enfin ce cas des plus compliqués arriva de la sorte à une terminaison heureuse.

On sait que le rectum est renflé en ampoule au-dessus de l'anus, surtout chez les vieillards et les sujets habituellement constipés ; il s'avance ainsi près du bulbe et le triangle recto-urétral est rétréci. Sa lésion comme chez notre malade est alors fort à craindre, d'autant plus que cet accident est arrivé une fois à M. le professeur Roux (Disc. a l'Ac. sur la taille, 1835, p. 71) ; une autre fois à M. Pamard père. Voici ce dernier fait : « Lossigève, 47 ans, pierre énorme, taillé le 3 fructidor an VIII. Guérison, mais avec une fistule recto-vésicale qui provenait évidemment d'une lésion du rectum. » (Pamard fils, Doc. stat. sur la taille, obs. 28), etc. J'ai fait voir dans mon Anatomie médico-chirurgicale (p. 451, 454) qu'on évite le

rectum en n'élevant pas trop haut le manche du lithotome, afin que sa pointe ne se fourvoie pas en bas ; qu'autrement on risquerait même de perforer le bas-fond de la vessie, comme cela est arrivé à M. Roux (*ibid.*, p. 71); qu'il faut tenir ferme l'instrument sous un angle de 69° pour le débridement de la prostate, et ensuite incliner le poignet en bas en même temps qu'on le retire pour éloigner le tranchant du voisinage de l'intestin (1). En outre, suivant le conseil de Dupuytren, on déprimera à mesure avec l'indicateur gauche l'angle postérieur de la plaie pour repousser le rectum en arrière et le sauver du danger.

Arrivons à d'autres écueils à éviter.

CALCUL AMMONIACO-MAGNÉSIEN, VOLUMINEUX, GARNI D'ASPÉRITÉS COMME LE FRUIT DU DATURA; COMPLICATION DE CYSTITE CHRONIQUE, D'AMAIGRISSEMENT, DE FIÈVRE, ETC.; TAILLE BILATÉRALE; PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES; GUÉRISON.

Obs. XXI. — Barthélemy T., âgé de 23 ans, de Moulins (Allier), ouvrier serrurier à Lyon, entre le 31 mai 1850 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Pétrequin. Dès l'âge de 2 à 3 ans, il a commencé à présenter les symptômes de la pierre, comme : difficulté à uriner, prurit au gland, miction irrégulière, besoin instinctif de tirailler la verge, etc. Tous ces malaises ont augmenté avec l'âge et les fatigues de son métier, et depuis la fin de 1849 il a été forcé à peu près d'interrompre ses travaux.

A son entrée, M. Pétrequin fait constater ce qui suit : douleur à l'hypogastre et dans le canal; émission des urines difficile et douloureuse; elles forment un dépôt blanchâtre, muqueux; elles sont faiblement acides. Besoins d'uriner fréquents, se répétant la nuit presque toutes les demi-heures; par suite défaut de sommeil, et de là éréthisme nerveux, mouvements fébriles, etc. Le jet de l'urine est souvent interrompu brusquement. M. Pétrequin pratique le cathétérisme et nous fait constater l'existence d'un calcul à l'entrée de la vessie. Le malade, d'un tempérament lymphatique, est amaigri et affaibli par les longues souffrances qu'il a eu à subir. L'opération est décidée. M. Pétrequin l'y prépare

(1) Dans un Parallèle de la taille et de la lithotritie de M. Longhi (Pavie, 1839, p. 28 et 41), j'ai trouvé deux cas de lésion du rectum : le premier chez un enfant de 5 ans, taillé le 6 mars 1837 pour un gros calcul mural; la fistule stercorale, attribuée à la contusion du rectum, fut reconnue le cinquième jour et réussit heureusement à guérir à la fin de juillet, c'est-à-dire après cinq mois. Le second cas chez un enfant de 3 ans, taillé le 29 avril 1837; la fistule était cicatrisée avant sa sortie de l'hôpital qui eut lieu le 29 juin, etc. Cet accident par sa fréquence mérite une attention particulière.

par des bains, des lavements émollients, des injections narcotiques dans la vessie et un régime diététique approprié; enfin un laxatif est administré la veille et le matin même de l'opération, que M. Pétrequin pratique le 11 juin 1750, en présence du docteur Conti (de Turin) et d'une foule d'élèves.

Incision oblique au périnée d'environ 2 pouces, commençant à 11 lignes en avant de l'anus; dissection couche par couche à la recherche de la région membraneuse qu'on ouvre avec le bistouri sur la cannelure du cathéter, laquelle sert ensuite à guider un lithotome caché jusque dans la vessie. Le cathéter retiré, M. Pétrequin incise la prostate dans son diamètre oblique avec l'armure préalablement marquée au n° 9. Les tenettes conduites sur la crête du gorgeret boutonné saisissent la pierre du premier coup; mais celle-ci est trop volumineuse pour être extraite sans délabrement. Alors M. Pétrequin, plutôt que de s'abandonner à des efforts qui auraient pu devenir préjudiciables au succès, se décide à pratiquer de suite avec le lithotome caché une seconde incision à droite sur la prostate, ce qui donne lieu à une *taille bilatérale*. Extraction immédiate d'une pierre volumineuse, rugueuse, semblable à une pomme épineuse; on pousse dans la vessie des injections tièdes multipliées, jusqu'à ce que l'eau ressorte nette et limpide. Introduction dans la plaie d'une mèche de charpie. (Diète; tis. de violettes et tilleul; potion calm. diacodée avec 1 gramme de teinture de castoréum.) La nuit est assez bonne; il y a quatre heures de sommeil. On enlève la mèche de charpie. (Lavement laudanisé et camphré.)

Le 13, sommeil satisfaisant, langue humide, fièvre modérée.

Le 14, l'opéré souffre peu, si ce n'est de la plaie. On prescrit un bain de siége et l'on permet deux soupes. L'amélioration continue le 15 et le 16. On réitère les bains de siége et les lavements médicamenteux, et l'on commence les injections émollientes dans la vessie, ce qui le débarrasse d'un dépôt d'urines catarrhales.

Le 20, le mieux progresse, la plaie s'est beaucoup rétrécie. On commence l'usage des grands bains. L'opéré urine par le canal dans le premier bain. L'appétit est faible, le ventre paresseux.

Le 24, on administre un lavement avec miel et manne; la plaie a diminué des trois quarts; la moitié de l'urine passe par le canal; elle est de moins en moins catarrhale. L'appétit revient, les forces aussi; le régime est augmenté, l'état général est satisfaisant. On continue les bains, les lavements, les injections, etc.

A la fin de juin, les urines sortent en grande partie par le canal.

Le 7 juillet, M. Pétrequin quitte momentanément son service, considérant le malade comme guéri; la plaie est à peu près cicatrisée; toutefois il survient encore quelques accidents qui prolongent le séjour du malade jusqu'au 17 août, époque où il quitte l'hôpital parfaitement guéri. (Recueillie par MM. Chadmier et Lacuire.)

Ce calcul me paraissait intéressant à connaître chimiquement; j'en con-

fiai l'analyse à M. le docteur Lambert, répétiteur de chimie à l'école de la Martinière ; il le traita successivement par la voie sèche et par la voie humide ; il résulte de ces essais que le calcul contient : 1° de l'urate d'ammoniaque ; 2° du phosphate ammoniaco-magnésien ; 3° du phosphate de chaux ; 4° un phosphate de soude et de chaux soluble sous l'influence de l'urate d'ammoniaque ; 5° des traces de fer qui font supposer que la substance noire du calcul, semblable à du sang desséché, provient en effet de cette origine.

La pierre était volumineuse et dure, elle résistait à l'action des tenettes, et je n'avais pas sous la main des instruments lithotriteurs pour en opérer le broiement. (Voy. obs. 27 et suiv.) Je pratiquai la taille bi-latérale en deux temps, n'ayant pas dans ce moment à ma disposition un lithotome double ; d'ailleurs cet instrument est passible de reproches graves, comme je l'ai fait voir dans mon ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (*Périnée*, p. 452) : « Ce serait une erreur de vouloir, d'après l'écartement présumé des branches et le numéro de l'armure, conclure qu'on a dépassé les limites de la » prostate. En effet, opère-t-on avec le double lithotome ? J'ai reconnu à » l'amphithéâtre, non-seulement que l'incision n'a pas toute l'étendue » qu'indique le numéro du manche, mais encore qu'elle n'est pas identique » à droite et à gauche, soit que le tissu prostatique résiste inégalement, soit » qu'une des lames ait cédé davantage. » M. Thierry est allé jusqu'à dire : « Le lithotome double, seul, me fait rejeter la taille bilatérale. » (Thèse de concours, 1842, p. 57.) M. Gorgone, professeur de chirurgie à Palerme, regarde cet instrument comme infidèle dans sa manière d'agir. (Rapports sur la clinique chirurgicale de Palerme, 2e édit., 1839, p. 13.) Je me décidai donc à faire la taille bilatérale en deux temps. C'est aussi le conseil que formule le professeur de Palerme, d'après les vues de Béclard et sur les indices déjà donnés par Ledran ; il ajoute que Dupuytren lui-même aurait conseillé d'opérer ainsi s'il n'était pas l'inventeur du lithotome double. Il veut qu'on ne fasse la seconde incision qu'après avoir reconnu que la première est insuffisante pour l'extraction de la pierre, et il proclame cette méthode comme beaucoup plus avantageuse. (*Ibid.*, notes, p. 13.) De son côté, M. Thierry dit aussi : « Les deux débridements pratiqués par Dupuy- » tren sont un véritable progrès dans les tailles périnéales ; seulement, au » lieu de les faire à la fois, on pourrait les faire successivement. » (*Ibid.*, p. 57.) Ces détails opératoires méritaient bien d'être discutés, nous en avons fait avec avantage l'application dans le cas qui précède. Tous ces préceptes se rapprochent beaucoup de ceux que Panizza et Scarpa professaient

dans leur cours (1), en conseillant des débridements multiples autour du calcul pour le dégager. (Longhi, De la taille et de la lithotritie, Pavie, 1839, p. 40.) La théorie de ces débridements multiples a été généralisée en France par M. Vidal (de Cassis), qui a proposé la taille quadrilatérale.

Voici maintenant d'autres accidents à combattre.

CALCUL DE 3 CENTIMÈTRES ; COMPLICATION DE CYSTITE, DE HERNIE ÉNORME, ETC. ; ACCIDENTS DE L'OPÉRATION ; DOUBLE HÉMORRHAGIE ; LIGATURE ; GUÉRISON.

Obs. XXII.—En 1847, un marchand boucher de Saint-Laurent-de-Chamousset (Rhône) est adressé à M. Pétrequin pour une maladie grave des voies urinaires. Il est admis à l'Hôtel-Dieu, service des opérés, nº 9. C'est un homme vigoureux, âgé de 52 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution pléthorique et charnue; il souffre de la vessie depuis trois ans surtout : pesanteur au périnée, besoins fréquents d'uriner, jour et nuit; miction douloureuse, souvent embarrassée; ses bourses sont volumineuses, et il existe une hernie inguinale énorme à droite, ce qui gêne beaucoup pour le cathétérisme. La pierre est difficile à trouver ; toutefois M. Pétrequin la découvre dans le bas-fond, derrière la prostate, et nous fait parfaitement constater sa présence. Le canal est naturellement étroit et d'un accès difficile à cause du volume de la hernie et du scrotum. La vessie est d'une sensibilité excessive ; le malade montre une appréhension extrême des instruments et présente une disposition fâcheuse à la fièvre urétrale. En conséquence, on croit devoir préférer ici la taille à la lithotritie. Un traitement préparatoire est administré, et le 5 octobre 1847, M. Pétrequin procède à l'opération, en présence du docteur Barrier et de plusieurs médecins.

Le malade, étant convenablement placé, fut soumis au sommeil de l'éthérisation. M. Pétrequin, en introduisant le cathéter, a soin de s'assurer de nouveau de la présence de la pierre; il fait relever les bourses et la hernie, qui gênent beau-

---

(1) Tout cela s'éloigne beaucoup de certains procédés expéditifs que le docteur Larghi n'a pas craint de proposer pour exécuter d'un seul trait la cystotomie, soit périnéale, soit hypogastrique, c'est-à-dire en un seul temps, par ponction. (Cistotomia perineale ed ipogastrica ad un sol tratto. Vercelli, 1844.) Tous les chirurgiens prudents se sont élevés avec raison contre ces témérités opératoires. Nous répéterons, avec M. Moulinié (de Bordeaux) : « Les tours de force en chirurgie sont déplorables..... L'homme de l'art devrait, par la pensée, se placer dans la triste position d'un infortuné malade, interroger sa propre conscience, et se demander s'il consentirait, dans cette position, à supporter les souffrances et encourir les dangers qu'entraîne telle opération. » (Du bonheur en chirurgie, 1842, p. 36.)

coup par leur volume. Incision oblique à partir du raphé, à 12 lignes en avant de l'anus, débridement de la portion membraneuse de l'urètre; introduction du lithotome, que l'on fait ensuite agir sur le diamètre oblique de la prostate, avec l'armure n° 10. L'opérateur avait, dès le début, craint deux choses : d'abord le tempérament sanguin et pléthorique du malade lui donnait à redouter une hémorrhagie par les moindres artères; ensuite son embonpoint et sa constitution énorme faisaient prévoir une grande épaisseur dans le périnée et une profondeur insolite pour le col de la vessie.

Une double hémorrhagie ne permit pas de procéder de suite à l'extraction du calcul ; elle était assez abondante ; toutefois on ne put découvrir la trace d'aucune artère ; seulement on jugea, par leur point de provenance et leur direction, que l'une, plus profonde et plus postérieure, pouvait dépendre d'une branche de la transverse, et l'autre, plus superficielle et plus antérieure, d'une division de la superficielle du périnée. M. Pétrequin, ne pouvant les saisir avec une pince, imagina de les lier successivement avec le ténaculum, ce qui réussit très-heureusement.

On s'occupa alors de terminer l'opération, mais à cause de la profondeur du périnée, qui avait au moins 4 pouces, le doigt ne pouvait pénétrer dans la vessie, il n'arrivait à grand'peine qu'à l'entrée du col. Il fallut introduire les tenettes sur la crête du gorgeret boutonné, et l'opérateur prit soin d'explorer les parties par le rectum pour guider les instruments. La pierre fut chargée derrière la prostate, à la seconde tentative, et extraite heureusement. La cuiller du gorgeret ne rencontra plus aucun fragment dans la vessie. Des injections émollientes multipliées la débarrassèrent ensuite de beaucoup de caillots d'un sang noirâtre. Une mèche de charpie est introduite dans la plaie. (Diète; tisane émolliente; potion diacodée.)

La pierre, que M. Pétrequin conserve dans sa collection, était dure, de forme circulaire et aplatie, semblable à un disque d'environ 3 centimètres de diamètre sur 2 d'épaisseur.

La plaie s'étant enflammée au bout de quelques jours, M. Pétrequin, outre les lotions, prescrivit des bains de siége, et des grands bains qui eurent beaucoup de succès dans le traitement, et hâtèrent notablement la guérison. Il ne survint pas d'autre accident, et l'opéré sortit de l'hôpital parfaitement guéri. On a eu de ses nouvelles en 1848 et 1849, il continuait à aller bien. (Recueillie par M. Bourland.)

Les difficultés spéciales du cathétérisme, dans ce cas, ajoutaient aux difficultés du diagnostic. Ce fut un motif de plus pour redoubler de soin, afin d'éviter la possibilité d'une erreur ; il faut toujours se rappeler que des fautes de ce genre ont échappé aux plus habiles lithotomistes. Ainsi M. le professeur Roux a avoué qu'il avait eu le malheur de pratiquer quatre fois la taille pour des calculs qui n'existaient pas. (Discussions à l'Académie.

p. 71.) Le même accident est arrivé trois fois au célèbre Cheselden. (B. Bell, Chirurgie, t. II, p. 19.) A combien de sujets cette erreur n'a-t-elle pas coûté la vie ! Deschamps cite l'histoire d'un enfant (Traité de la taille, t. I, p. 283) ; Desault (de Bordeaux), celle d'un adulte (*Ibid.*, p. 288) ; Levret, celle d'une femme (Journ. de méd., t. XL), etc., qui moururent des suites de l'opération de la pierre, et chez qui la pierre n'existait pas. M. Longhi (de Milan) dit avoir vu tailler trois malades qui n'étaient pas calculeux. (De la taille et de la lithotritie, p. 41.) M. Ripault (de Dijon) a fait connaître un cas de cystotomie pratiquée chez une malade qui n'avait qu'une tumeur fibreuse de la prostate (Gaz. Méd., 1842, p. 478), etc. On ne saurait donc trop assurer son diagnostic. L'exploration par le rectum donne des indices utiles. La sonde en argent m'a paru la meilleure de toutes pour bien diagnostiquer la pierre. On peut ensuite, pour compléter son jugement, se servir d'un petit lithotriteur à deux branches qui permet non-seulement de reconnaître le calcul, mais encore de distinguer sa position, de le déplacer, et enfin d'apprécier son volume et sa consistance.

L'hémorrhagie est un accident fréquent et grave. Il est des artères que l'opérateur doit toujours éviter, comme la honteuse interne. A l'égard des autres, j'ai pris soin, dans mon Anatomie médico-chirurgicale, de résumer ce qui les concerne : « On évite la superficielle du périnée en ne latéralisant pas trop en dehors, et la transverse ou bulbeuse en ne l'avançant pas trop au delà de 11 à 12 lignes de l'anus, enfin les hémorrhoïdales en laissant une pointe de l'incision au niveau de l'ischion. » (*Périnée*, p. 543.) Néanmoins les accidents de ce genre ne sont pas rares. Pour ne pas parler des livres didactiques que chacun a entre les mains, je vois que M. Gorgone, en taillant un calculeux de 46 ans, ouvrit la transverse qu'il lia heureusement. (*Loc. cit.*, p. 12.) M. Longhi a vu blesser la superficielle qu'il fallut comprimer. (*Ibid.*, p. 40.) M. Pamard père a blessé la honteuse chez un homme de 72 ans taillé en 1792 ; l'artère honteuse fut probablement intéressée, la pierre était très-volumineuse et hérissée d'aspérités. L'opéré eut des hémorrhagies successives qui amenèrent la mort le 26 septembre. (Pamard fils, obs. VII.) Ce même accident est arrivé à Desault, à Physick et à Roux. Bertrandi regardait cette lésion comme mortelle, parce que, dit-il, « on ne peut en aucune manière arrêter l'hémorrhagie qui en résulte, et pour l'ordinaire, les malades périssent quelques heures après l'opération. » (Traité des opérat., p. 122.) Aujourd'hui, un chirurgien serait inexcusable d'agir ainsi. Il faut toujours en opérer la ligature, soit immédiate, soit médiate, à l'aide du ténaculum, comme je l'ai fait pour la

transverse et la superficielle (voyez aussi obs. 30). On réussira à la lier contre l'ischion en la contournant avec un fil. — Ce ne sont pas là les seules sources de l'hémorrhagie, comme je l'ai déjà indiqué ailleurs : « Les » capillaires et les veines forment autour de la prostate et du col un plexus » très-volumineux, surtout dans la vieillesse et les affections chroniques de » la vessie. Leur division peut donner lieu à une hémorrhagie grave ou » même mortelle, comme P. Robert en cite deux exemples. » (ANATOMIE TOPOGRAPH., p. 447.) C'est ainsi que me paraissent s'expliquer les hémorrhagies que M. Pamard père observa sur un calculeux de 80 ans, taillé par lui en 1796, et sur un autre de 64 ans, opéré en 1817. (Obs. 23 et 52.) On peut rencontrer cet accident jusque dans le jeune âge ; ainsi il me paraît donner seul l'explication d'une hémorrhagie consécutive sur un enfant de 7 ans, taillé à Palerme en 1834. (Gorgone, p. 7.) Dans ces circonstances, ce n'est pas la ligature qui est indiquée, mais l'application d'une canule garnie, comme le faisait Dupuytren. (Voy. nos obs. 28 et 30.) C'est précisément le moyen qui a réussi dans ces trois cas. M. Bégin se loue beaucoup des irrigations froides, à jet continu, dans ce qu'il nomme les HÉMORRHAGIES VITALES, ou par exhalation, sans qu'aucune artère volumineuse ait été coupée. Il cite trois cas de succès. (GAZ. MÉD., 1842, p. 141.)

CALCULS MULTIPLES, AVEC COMPLICATION DE CYSTITE, D'ENGORGEMENT DE LA PROSTATE, D'URINES SANGUINOLENTES, ETC. ; TAILLE LATÉRALISÉE ; GUÉRISON.

OBS. XXIII. — Claude-François Villet, âgé de 73 ans, ouvrier en soie à Lyon, d'une forte constitution, entre à l'hôpital, service de M. Pétrequin, le 7 mai 1849.

Depuis plusieurs années, il souffrait de la vessie, le mal ayant beaucoup empiré en 1847. Il était entré une première fois à l'Hôtel-dieu de Lyon, où il fut soumis avec succès à la lithotritie, malgré son grand âge et les complications coexistantes (voy. 1re partie, obs. 8, GAZ. MÉD., 1850, n° 31). Il y avait plusieurs pierres. Il fut délivré de tous ses malaises. M. Pétrequin avait diagnostiqué une diathèse calculeuse, comme on l'a vu ; néanmoins la guérison fut complète. Mais l'année suivante survinrent de nouveau des démangeaisons, puis des cuissons, et enfin de vives douleurs, avec difficulté progressive dans l'émission des urines. Il rentra alors à l'hôpital en 1849, sur les conseils de M. le docteur Levrat aîné, qui l'adressa à M. Pétrequin.

Douleurs incessantes dans les voies urinaires, s'exaspérant à chaque émission des urines. Miction difficile, saccadée, très-fréquente, ne produisant à chaque effort que quelques gouttes d'urine. Le malade est obligé de se reprendre à quatre

ou huit fois pour remplir un petit verre à pied. Catarrhe vésical intense, avec douleurs hypogastriques et un abondant dépôt des urines : l'état général est assez bon, le malade semble cependant un peu découragé ; il y a peu de sommeil et souvent de la fièvre.

Pendant les dix premiers jours, il est sondé chaque matin avec une grosse sonde d'étain, et reçoit à chaque fois une injection tiède, émolliente dans la vessie. Le cathétérisme est douloureux ; les urines retirées sont sanguinolentes et fétides. Le cathétérisme explorateur, pratiqué à deux reprises différentes par M. Pétrequin, lui fait soupçonner l'existence de plusieurs calculs urinaires. (Tisane de graines de lin ; grand bain tous les deux jours.)

19 mai. La miction est moins pénible ; le dernier jet d'urine seulement est douloureux. Les injections reviennent encore un peu sanguinolentes. M. Pétrequin constate que le calcul presse sur le col et sur la prostate.

21. Le cathétérisme est difficile. La prostate s'engorge. Les urines sont un peu fétides et souvent sanguinolentes après l'introduction de la sonde.

4 juin. Fièvre avec exacerbation des accidents. Traitement calmant. On suspend le cathétérisme.

6. Dysurie ; fréquentes envies d'uriner ; légère amélioration cependant depuis le 4 juin. (Grand bain ; bain de siége ; lavements.)

9. Les accidents se sont un peu calmés. M. Pétrequin pense qu'il ne convient pas de différer l'opération ; il se décida pour la taille, à cause de l'engorgement de la prostate, de la fétidité et surtout de la sanguinolence des urines, de la multiplicité des pierres, etc.

12. On procède à l'opération. Le malade étant placé dans une situation convenable et éthérisé, le périnée d'une grande étendue est incisé à partir de 12 à 14 lignes de l'anus, dans la direction et jusqu'au niveau de l'ischion. On incise à petits coups les couches sous-jacentes, l'urètre est ouvert sur le cathéter cannelé, au-dessus et au niveau de l'aponévrose moyenne. Le lithotome caché, armé au n° 11, est introduit sur la cannelure du cathéter, puis retiré de manière à inciser obliquement le col et la prostate, qui se trouvaient ici à une profondeur d'environ 4 pouces. Les tenettes sont ensuite conduites sur la crête du gorgeret, et après plusieurs injections détersives, on charge et on retire successivement trois calculs, un de la grosseur d'une noisette, l'autre du volume d'un gros marron, le troisième égal à un petit œuf de poule ; chacun d'eux présente plusieurs facettes lisses et polies. On renouvelle les injections détersives ; on panse avec une mèche de charpie introduite jusque dans le col, et le malade est reporté dans son lit. (Diète ; repos ; tisane de violettes et tilleul ; potion calmante diacodée.)

13. Le malade est bien ; pas de fièvre. (Lavem. avec quina, valériane et pavot ; laudanum, 12 gouttes.)

14. Même état ; le lavement a été suivi de plusieurs selles.

16. La plaie est en bon état, peu enflammée ; ses bords tendent à se rapprocher.

18. La cicatrisation fait des progrès.

19. On sonde le malade pour aider le retour des urines par le canal.

20. Un peu de fièvre ; constipation ; le cathétérisme a été supporté avec quelques douleurs, mais depuis l'urine s'écoule goutte à goutte par le canal. (Deux lavements.)

21. La fièvre a un peu cédé ; quelques selles hier. (Lavem. avec quina, valériane et pavot ; bain de siége ; pruneaux.)

23. État très-satisfaisant ; pas de douleur ; presque point de fièvre. L'opéré demande le quart.

25. Il y a eu hier une légère indigestion qui a beaucoup fatigué le malade. (On continue les lavements, qui le soulagent beaucoup ; eau gazeuse ; potion calmante.)

27. Le malade est mieux. (Orangeade.)

28. Quelques selles diarrhéiques depuis le lendemain de l'indigestion.

29. Le malade est au mieux ; il n'y a plus de fièvre ni de diarrhée ; l'opéré a rendu quelques urines par le canal avec jet.

30. La plaie marche toujours vers la guérison ; l'urine coule goutte à goutte par le canal. Les coussins placés sous les jarrets ont été retirés.

1er, 2 et 3 juillet. Le malade a un peu de fièvre, sans cause connue. (Lavem. avec quina, valériane et pavot ; bain de siége ; tisane nitrée.)

Les jours suivants, il y a un peu de diarrhée, les urines coulent plus souvent et mieux par le canal.

7. Le malade s'assied sans douleur pour aller à sa garderobe, et se lève deux fois dans la journée sans fatigue.

12. La plaie ne laisse presque plus passer d'urines.

13. Il sort un peu de pus par la plaie et par le canal.

19. Le malade est bien, l'urine sort par le canal, la plaie n'est pas complétement fermée, mais elle est dans le meilleur état, et il n'y a plus de douleurs. L'opéré prendra des bouillons d'herbes, des grands bains, fera des lotions émollientes et suivra un régime doux, etc. (Recueillie par M. Louis Gubian, interne des hôpitaux de Lyon.)

Notre opéré fit une heureuse exception à la loi de mortalité si générale pour la cystotomie dans la vieillesse, que M. Thierry a cru pouvoir établir cet aphorisme : « Les tailles périnéales chez les vieillards sont presque » constamment mortelles. (M. Béniqué pense que la mort est causée par » l'acrimonie des urines sécrétées, et par le relâchement et le délabrement » du périnée.) Cette opinion est le résultat de mes convictions, convictions » que j'ai puisées en suivant les opérations pratiquées par Dupuytren et » par Souberbielle. » (Thèse de concours, 1842, p. 65.)

C'était en outre un exemple de récidive, c'est le troisième sur les 30 opé-

rations que j'ai à faire connaître, à savoir, 2 après la lithotritie (obs. 4 et 8) et un seul après la taille (obs. 24). Ce point intéressant est difficile à éclaircir, car la plupart des auteurs craignent ou négligent d'indiquer les opérés qui éprouvent une rechute calculeuse. Je remarquerai que, sur les 56 opérés de M. Pamard père, 5 ont offert des cas de récidive, et sur les 12 de M. Pamard fils, un opéré était aussi un cas de récidive, ce qui donne la proportion de 6 sur 72 opérations. (Op. cit.) Un régime sévère, un traitement antilithique et l'emploi des eaux minérales appropriées, sont de rigueur chez tous les opérés qui présentent une fâcheuse disposition à la pierre ; c'est ainsi que je crois avoir préservé la plupart de mes opérés chez lesquels j'avais constaté ce que j'appelle une *diathèse calculeuse*. Parmi les eaux minérales, je citerai surtout celles de Vichy (voy. Ch. Petit, De la dissolution des calculs urinaires, 1840, p. 191), de Saint-Galmier, d'Evian, de Vals, de Contrexville, etc. (1). Certainement, comme méthode hygiénique et prophylactique, ce mode de traitement jouira, aux yeux de tous, d'une efficacité plus incontestable, qu'à titre de méthode curative.

Passons maintenant à la *taille urétrale*.

EXISTENCE DE DEUX CALCULS DANS LA RÉGION PROSTATICO-MEMBRANEUSE ; DYSURIE ; INCONTINENCE D'URINE ; RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT ; TAILLE URÉTRALE ; GUÉRISON.

Obs. XXIV. — Un jeune berger d'Aoste, âgé de 14 ans, avait subi avec succès une première opération de taille, au point qu'il put quitter l'hôpital quinze jours après, et que le mois ne s'était pas écoulé, que sa plaie étant complétement cicatrisée, il avait été à même de reprendre ses occupations. Il urinait par le canal, ne souffrait plus et offrait tous les signes d'une guérison complète. Mais quelques mois plus tard les besoins d'uriner redevinrent fréquents, et la miction gênée et douloureuse.

Il entra en 1849 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où M. Comte, médecin de son pays, l'adressa à M. Pétrequin. Le chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu nous fit constater ce qui suit : les douleurs en urinant étaient vives et cuisantes ; les besoins se renouvelaient fréquemment ; le malade était obligé de se lever un grand nombre de fois dans la nuit pour y satisfaire. Il y avait en conséquence peu de sommeil. Outre ces besoins il faut ajouter qu'il perdait ses urines goutte à goutte lorsqu'il

(1) On doit consulter, pour les indications spéciales, les éléments chimiques de le pierre, comme M. Leroy-d'Étiolles (Deuxième lettre sur la dissolution des calculs urinaires, 1841, p. 34 et 35) l'a fait, suivant que le calcul est à base d'acide urique, ou de phosphate, ou d'oxalate, etc.

se fatiguait à quelque exercice, et même pendant son repos son lit en était habituellement mouillé. Il y avait un dépôt muqueux dans le vase. M. Pétrequin pratiqua le cathétérisme explorateur et nous fit reconnaître la présence d'une pierre. Il établit qu'elle se trouvait avant l'entrée de la vessie et au niveau de la région prostatique, dans une poche ou dilatation qu'elle s'était formée. Il crut devoir essayer d'abord de l'extraire sans opération de taille. L'entrée du canal était trop étroite pour faire manœuvrer des instruments de lithotritie. Une première opération fut nécessaire pour débrider le méat; on dilata ensuite son ouverture par des cônes d'éponge préparée à la cire. Après ces préparatifs, on procéda à l'extraction à l'aide de divers instruments, et en particulier de la curette articulée de Leroy-d'Étiolles. On accrochait bien la pierre, mais on ne pouvait l'attirer à cause de son volume trop supérieur au calibre de l'urètre. On renouvela ces tentatives avec ménagement à trois reprises différentes.

Dès qu'il fut expérimentalement reconnu qu'il y avait là un obstacle insurmontable, M. Pétrequin se décida à pratiquer la taille urétrale, ce qui eut lieu le 6 décembre 1849. On incise comme pour la taille latéralisée, mais en dedans de la première incision périnéale. L'opération est laborieuse à cause des indurations de la cicatrice; on procède couche par couche jusque sur le cathéter. Le canal ouvert, on glisse un lithotome caché et on débride la région prostatique et membraneuse avec l'armure n° 8. On ne peut saisir la pierre avec les tenettes : M. Pétrequin l'extrait du premier coup avec la curette qu'il fait glisser derrière pour la ramener ensuite en avant, en relevant le manche. Il sort deux calculs, chacun du volume d'une grosse noisette. Le doigt permet de reconnaître qu'ils étaient en effet logés dans une dilatation particulière au niveau de la prostate. On déterge la plaie avec des injections multipliées, qu'on pousse jusque dans la vessie qui est nette et vide. (Pansement avec une mèche de charpie; diète; tis. et potion calmantes.)

L'opéré va très-bien ; il ne survient presque pas de fièvre. Le surlendemain on commença à lui permettre de manger ; une partie de l'urine sortait déjà par le canal ; l'amélioration était rapide lorsque, le 12, il survint un petit accident qui eût pu devenir grave : nous voulons parler d'une hémorrhagie qui eut lieu par la plaie. On l'attribua à la fatigue et aux efforts du malade. M. Pétrequin prescrivit un bain de siége frais, des lotions froides et le repos au lit. L'urine avait cessé de couler par le canal, ce qu'on rapporta à une obstruction par des caillots de sang; une injection tiède fut pratiquée dans l'urètre ; le cours de l'urine se rétablit.

Le 14, il n'en filtrait déjà plus par la plaie qui se trouva cicatrisée le 18. L'opéré cesse de pisser au lit; il urine d'ailleurs facilement, et comme à l'état normal. Les besoins ne se font plus sentir que deux ou trois fois par nuit. La sortie involontaire des urines quand il se fatiguait cesse aussi peu à peu ; les douleurs elles-mêmes qui accompagnaient chaque miction et qui paraissaient provenir de la plaie intérieure de l'urètre avaient disparu le 27 décembre, époque où le

malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. (Recueillie par M. Chomier, élève des hôpitaux de Lyon.)

Le diagnostic était fort important dans ce cas pour établir le meilleur mode de traitement. On a vu comment nous y sommes arrivés par le cathétérisme explorateur. A l'égard de l'extraction, nous remarquerons que les pinces ordinaires deviennent inutiles. Je vois que dans un cas de ce genre, il fut impossible à Scarpa de saisir le calcul avec de petites tenettes, non plus qu'avec des pinces à polypes, bien qu'il fût mis entièrement à découvert (De l'opération de la taille, trad. d'Ollivier, 1826, p. 177), et cela se conçoit parce qu'il est tellement (1) resserré par les parois de l'urètre qu'on ne peut parvenir à ouvrir les mors de ces instruments; aussi le meilleur moyen qu'on puisse employer pour le déplacer et l'extraire consiste à le dépasser avec la cuiller ou curette du gorgeret, à l'aide duquel on le détache facilement pour l'attirer au dehors, en prenant un point d'appui au-dessous de l'arcade du pubis, ce qui me réussit parfaitement.

Un accident à craindre était une fistule urinaire ; on sait combien les plaies de l'urètre y exposent. On n'appliqua point de caustique, comme dans l'observation de Scarpa (op. cit., p. 178), on se borna à prévenir l'inflammation de la plaie, et la cicatrisation en fut très-rapide, puisqu'elle était accomplie le douzième jour.

Restait l'incontinence d'urine; elle résultait de la dilatation permanente de l'orifice de la vessie causée par le volume des deux calculs; j'espérai que la contractilité du col reviendrait ; chez les jeunes sujets les organes reprennent plus facilement leurs fonctions et justifient mieux cet aphorisme : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* L'opéré de Pavie fut privé de ce bénéfice ; le nôtre en jouit complétement.

La taille urétrale présente des difficultés de plus d'un genre ; en voici un exemple aussi curieux que rare.

---

(1) Le professeur P. Baroni propose la *taille bilatérale* pour les calculs volumineux dans la région prostatique de l'urètre, en arguant qu'elle permet de faire à la prostate une incision double de ce qu'elle est d'ordinaire, et que si alors on dilate le col de la vessie, on aura une ouverture trois à quatre fois plus considérable et plus commode, ce qui lui paraît assurer une supériorité marquée à cette méthode. (De reductione calculorum, qui in prostatica urethra regione concrevere, et de bilateralis methodi ad hos educendos utilitate. In-4°. Bologne, 1843, p. 14.)

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE, AVEC COMPLICATION DE FISTULES URINAIRES, D'INCONTINENCE D'URINE ET D'UNE TUMEUR ÉNORME DANS LE SCROTUM ; DIAGNOSTIC D'UN CALCUL URÉTRAL ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Obs. XXV. — En 1846, un jeune abbé de Vienne (Isère) se présenta à l'Hôtel-Dieu pour y être traité, dans les salles payantes, d'une maladie très-complexe des voies urinaires. Après plusieurs années de souffrances, fatigué par l'inefficacité des traitements divers qui jusque-là avaient été mis en usage, il était profondément découragé ; il me fut adressé par des personnes de Vienne que j'avais guéries.

Voici dans quel état il se trouvait :

Les bourses étaient le siége d'une tuméfaction énorme ; la palpation donnait la sensation obscure d'une dureté insolite, profonde ; les douleurs qu'on déterminait ne permettaient pas toutefois de faire un examen aussi complet qu'on l'aurait voulu. La peau du scrotum était perforée par des fistules multiples qui, dans la miction, donnaient issue à l'urine comme l'eût fait la tête d'un arrosoir. L'urètre présentait un rétrécissement considérable avant le bulbe ; ce canal était dévié de sa direction, et un obstacle infranchissable s'opposait à la sonde. Il y avait des besoins fréquents d'uriner, et chaque fois des douleurs assez vives se faisaient sentir avec cuisson dans le canal, pesanteur gravative à l'hypogastre, etc. La marche et la station debout étaient embarrassées et douloureuses, les urines souvent sédimenteuses. Il y avait parfois incontinence. Une inflammation permanente occupait tout le scrotum et s'exaspérait de temps à autre, sous une forme plus aiguë. Plusieurs abcès s'étaient déjà formés. Cet état durait depuis longtemps, et de plus le malade racontait qu'il souffrait des urines depuis son enfance ; seulement la maladie avait tellement empiré à la longue qu'il s'était vu forcé d'abandonner sa carrière et ses études.

Quel diagnostic porter ? A quoi avait-on affaire ? Je soupçonnais l'existence d'un calcul, et quelques jours après je parvins à introduire une petite sonde en argent qui me permit en effet de reconnaître la présence d'un corps dur et rugueux. D'où provenait-il ? Je supposai que le noyau de ce calcul, s'étant formé primitivement dans la vessie, s'était ensuite engagé dans le canal où il avait été arrêté par le rétrécissement organique qui s'y trouvait ; là il s'était développé par de nouveaux matériaux empruntés à l'urine, et cela avec une influence d'autant plus fâcheusement active que la phlogose des muqueuses favorise le dépôt des sels urinaires ; son volume progressif en entravant le cours des liquides, avait ajouté encore aux obstacles propres du rétrécissement de l'urètre ; les fistules s'étaient multipliées, et la pierre se trouvait ainsi enchâssée dans une position insolite au milieu du scrotum. Je me proposai alors de dilater le canal pour préparer les voies à

l'urine, de manière à ce qu'après l'extraction du calcul elle pût reprendre son cours normal, tout préparé.

On dilata peu à peu l'urètre avec des sondes métalliques d'un diamètre progressivement augmenté. Ce temps fut utilisé aussi pour combattre l'état fébrile et restaurer la constitution débilitée du malade. (Bains, lavements émollients, cataplasmes, tisanes délayantes, régime analeptique, etc.) Enfin la taille fut pratiquée par une incision médiane sur le raphé du scrotum; nous arrivâmes jusque sur la pierre qui fut extraite heureusement; je la conserve encore dans ma collection; elle est irrégulière, contournée plusieurs fois, renflée avec des étranglements, longue de 66 millimètres et large de 45 dans son plus grand diamètre; elle pèse 58 gr. 55 centigr.

Les suites de l'opération furent simples et heureuses, et la guérison eut lieu plus rapidement qu'on ne devait s'y attendre; elle fut complète. On revit le malade en 1847, la cure ne s'était pas démentie.

Le rétrécissement du canal était arrivé ici sans avoir été précédé de blennorrhagie, et bien qu'un écoulement urétral soit généralement la cause de cette lésion, on eût pu, dans ce cas, être induit en erreur si l'on s'en fût tenu à cette origine, de même qu'on se serait trompé sur la moralité du sujet et sur les phases du mal.

Un prolongement pyriforme du calcul s'étendait en arrière dans l'urètre jusqu'au col de la vessie, ce qui explique et la dysurie et l'incontinence d'urine. La vessie fut explorée avec soin : elle était vide et saine; la pierre était unique. On voit que, dans les cas de calcul urétral, on peut arriver à simplifier beaucoup l'opération de la taille; il est même des circonstances heureuses où il est possible de s'en passer entièrement.

En voici un exemple intéressant.

CALCUL URÉTRAL CHEZ UNE FEMME; DILATATION PROGRESSIVE DU CANAL; SORTIE DU CALCUL SANS OPÉRATION SANGLANTE.

Obs. XXVI.—En 1846, une femme âgée de 57 ans me fut adressée à l'hôpital pour une maladie chronique des voies urinaires; il y avait besoins fréquents d'uriner, gêne et douleur dans la miction, etc. Le mal semblait aller en empirant; les souffrances s'étendaient jusque dans la vessie et l'hypogastre. La marche et le travail se trouvaient empêchés. Au milieu des efforts pour uriner, le jet parfois était tout à coup interrompu. Je pratiquai avec soin l'exploration de la vessie. Cet organe me parut libre, mais le cathétérisme était difficile; on pénétrait avec peine jusqu'au col. Il me sembla que la sonde frottait contre un corps dur, et l'examen simultané par le vagin me conduisit à diagnostiquer la présence d'un calcul dans l'urètre. Je crus qu'il était d'un petit volume, et je me disposai à dilater l'uré-

tre, ce qui fut fait avec des sondes d'un diamètre progressivement augmenté. J'avais l'espérance d'obtenir l'expulsion spontanée de la pierre lorsque le canal serait devenu assez large pour lui livrer passage. Je ne fus pas trompé dans mon attente; car la malade eut le bonheur de rendre son calcul en urinant. Il était un peu plus gros que je ne pensais : il offrait le volume d'une noisette, et présentait une forme irrégulièrement arrondie. Je le conserve encore dans ma collection.

A partir de de jour, les souffrances cessèrent, et cette femme sortit bientôt de l'hôpital, heureuse d'être délivrée de son mal sans avoir subi aucune opération sanglante.

Les travaux des anatomistes modernes ont démontré combien on pouvait dilater l'urètre, et surtout que ce résultat pouvait, dans la généralité des cas, être obtenu rapidement et sans danger, notamment chez la femme, pourvu toutefois qu'on n'allât pas trop loin. Aussi est-il rationnel d'y avoir recours toutes les fois que le cathétérisme fait découvrir un calcul très-petit. On serait bien moins souvent obligé de pratiquer soit la taille, soit la lithotritie, si les malades venaient consulter l'homme de l'art dès qu'ils souffrent, et si, dans les cas où cette méthode est applicable, le traitement débutait par une dilatation préalable du canal.

M. Pamard a rapporté trois cas de guérison de ce genre, dont l'un est très-intéressant, en ce qu'il a trait à son grand-père, Pierre Pamard, l'inventeur de la pique pour fixer l'œil pendant l'opération de la cataracte. En 1790, à l'âge de 62 ans, il se dilata lui-même l'urètre au point de pouvoir rendre un calcul du poids d'un gramme et de 19 millim. de long. La guérison fut immédiate, et ne se démentit pas dans les trois ans qu'il vécut encore jusqu'au 2 janvier 1793. J'ai moi-même relaté plus haut un cas qui rentre dans cette catégorie. (Voy. obs. III.)

TROISIÈME PARTIE.

DE LA COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

Jusqu'ici nous avons étudié la taille et la lithotritie isolément, en faisant à chacune, dans sa sphère, sa part des moyens que l'art enseigne contre ses difficultés ou ses complications spéciales. Maintenant nous aborderons la question sous un point de vue tout différent. Nous allons entreprendre un travail nouveau qui les groupera dans la même étude, pour chercher à

amoindrir leurs dangers respectifs et à accroître, au contraire, la somme commune de leurs avantages.

Les difficultés et les insuccès de la cystotomie paraissent en définitive se rattacher à deux causes principales, dont il importe d'apprécier l'influence : le volume de la pierre et le procédé opératoire mis en usage.

Quant au premier chef, le galvanisme laisse entrevoir des espérances qui n'ont pu encore se réaliser : jusqu'à cette heure la question n'a pas été résolue ; quelques-uns la regardent même comme insoluble. Mais il serait plus vrai de dire qu'on n'avait pas bien posé les bases du double problème scientifique et instrumental à résoudre. Sans entrer ici dans des détails qu'il n'est pas de notre objet d'aborder, on peut les réduire aux conditions qui suivent : « Conduire l'électricité jusque dans la vessie, en l'isolant dans tout son trajet ; concentrer son action sur le calcul à désagréger, sans s'éparpiller dans les organes qu'on traverse ; préparer et maintenir un liquide favorable à la dissolution par ses affinités chimiques ; préserver les parois de l'urètre et de la poche urinaire des réactions galvano-chimiques, etc. » Il y a là, on le voit, de grandes difficultés, mais non une impossibilité absolue ; toutefois les promesses que semblait donner la pile voltaïque sont jusqu'à ce jour restées sans effet.

La chimie n'a pas été plus efficace : on a attaqué les calculs par les dissolvants et les eaux minérales ; mais ce moyen agit principalement sur ceux qui sont encore à l'origine des voies urinaires, ou qui se trouvent dans la vessie seulement à l'état de sable ou de graviers, et que leur volume, d'ailleurs, met à même d'être expulsés par l'urètre. Nous avons établi (voy. obs. XXIII) que la médication des eaux minérales doit surtout être envisagée sous le rapport de la récidive qu'elles sont destinées à prévenir, et de la cause morbide qu'elles sont appelées à détruire ; elle réussira toujours mieux contre les concrétions urinaires au moment même de leur formation, que lorsqu'elles ont déjà acquis un certain développement. Dès qu'on a affaire à des pierres qui, par leur densité et leurs dimensions, sont de nature à être opérées, l'art reste impuissant contre elles, et le problème subsiste avec toutes les difficultés que créent leur volume et la dureté de l'agrégat.

Sous certains rapports, depuis l'avénement de la lithotritie, la question a changé de face. Et d'abord, la méthode nouvelle s'est à bon droit emparée d'une grande partie des cas, et la taille est devenue proportionnellement moins commune, tant dans les hôpitaux que dans la pratique civile : à Lyon, par exemple, où l'on opérait un grand nombre de calculeux, le

chiffre (1) a beaucoup diminué. (Voy. mes MÉLANGES DE CHIRURGIE.)

Ce n'est pas le seul résultat que l'on doive à la lithotritie : en accaparant les cas les plus favorables, les pierres d'un volume médiocre et les malades dont les voies urinaires ne sont pas trop profondément altérées, elle est réellement venue changer le cadre des opérations de taille ; si celles-ci sont devenues plus rares, leur gravité paraît avoir augmenté en raison inverse de leur fréquence. J'ai rapporté ailleurs (MÉLANGES DE CHIRURGIE, in-8°, 1845, p. 177) que M. Viricel avait opéré à l'Hôtel-Dieu de Lyon 109 calculeux pendant un exercice de six années (1806-1812); que, sur ce nombre, il avait eu le rare bonheur d'obtenir 53 guérisons de suite, et qu'en somme il n'avait à déplorer que 9 morts. Aujourd'hui un seul chirurgien aurait de la peine à citer une statistique aussi heureuse et aussi nombreuse ; on ne s'étonnera pas que la mortalité soit plus forte pour cette opération, si l'on considère que la méthode rivale enlève les cas les plus favorables : si bien que le lithotomiste a souvent affaire à des malades que la lithotritie a déjà entrepris sans succès, à cause de leurs difficultés, ou qu'elle refuse à cause de leurs complications, et qu'en définitive il n'a réellement (les enfants exceptés) que la plus mauvaise part dans le partage des calculeux.

Ce danger n'est que trop réel, et quoi qu'il en soit de ses causes et de leur explication, ce qui importe avant tout, c'est de diminuer le plus possible les chances malheureuses. Le volume de la pierre est le principal obstacle qu'on ait en vue ; il est tel qu'on a parfois été obligé de laisser l'opération inachevée faute de pouvoir en triompher : c'est même l'objet d'un précepte de l'art. « Il faut se garder de ces efforts violents, de ces tentatives prolongées outre mesure que conseille l'amour-propre, que soutient l'entêtement, et qui ont pour résultat de sacrifier la vie des sujets à la vaine gloire d'avoir terminé l'opération et extrait sans désemparer un calcul qu'on aurait pu retirer avec moins de danger par une autre voie. » (DICTIONNAIRE EN 15 VOL., 1831, VI,-131.)

Mais tailler un malheureux pour lui laisser encore sa pierre, c'est une cruelle extrémité ; c'est presque une honte pour l'art, et ce n'est qu'ainsi

---

(1) Il paraît d'ailleurs probable que, par les progrès de l'hygiène et par l'augmentation du bien-être général, la proportion des calculeux s'est progressivement restreinte, et à coup sûr on n'en trouverait plus aujourd'hui une quantité pareille à celle que frère Côme rencontrait dans ses voyages en France et en Hollande.

qu'on peut s'expliquer le conseil désespéré que formulent, dans ce cas, les autorités de la science. « Lorsque tous les débridements sont jugés insuffisants, le chirurgien doit immédiatement se décider à pratiquer la cystotomie sus-pubienne. » (Dict. cit., VI,-120.) On est surpris d'entendre ces paroles de la bouche de Dupuytren ; car enfin on joue évidemment la vie du patient en lui faisant subir deux opérations pour une, et en doublant ainsi les dangers et les chances de mort. D'ailleurs, le jugement qu'en porte Dupuytren lui-même est loin d'être favorable : « La *cystotomie sus-pubienne, qui expose à la lésion du péritoine et aux abcès urineux dans le bassin*, est cependant la seule qui convienne, toutes les fois que les dimensions des calculs sont telles qu'il n'est pas vraisemblable qu'on puisse les faire sortir sans exercer trop de violences par le périnée. » (Oper. cit., p. 114). Ainsi voilà des chances particulières de mort (1) qu'on encourt uniquement en vue du volume de la pierre, et seulement pour en faciliter l'extraction.

Les anciens avaient autrement compris et attaqué ces difficultés : quand les manœuvres ordinaires avaient échoué, l'opératenr allait dans son arsenal s'armer de fortes tenettes, garnies à l'intérieur de dents et d'aspérités saillantes pour écraser la pierre et la réduire en fragments. Mais leurs proportions monstrueuses les ont fait rejeter par les modernes : on croirait, en effet, qu'elles ont été inventées, non pour l'homme actuel, mais pour une de ces espèces gigantesques dont on ne retrouve des types que dans les animaux antédiluviens. Voici comment Dupuytren et Bégin les condamnent : « Ces instruments sont plus dangereux qu'utiles, parce que » leur volume considérable fatigue la plaie et la vessie; que les efforts » qu'on doit exercer avec eux exposent à contondre les parties, et surtout » que les fragments peuvent occasionner dans l'organe des lésions pro- » fondes et graves. » (Dict. cit., VI, p. 119.)

Les modernes se sont engagés dans une autre voie : ils ont multiplié les méthodes et les procédés. Leurs efforts se sont surtout concentrés dans des perfectionnements opératoires. Les divisions et subdivisions se sont accrues à l'infini. En somme, comme je l'ai établi ailleurs (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, in-8°, 1850, p. 55), « on s'est surtout préoc-

---

(1) L'alternative suivante n'est guère préférable : « Fendre la paroi antérieure, » comme le fit Dupuytren, c'est sans doute mettre à sa disposition le plus large » espace périnéal; mais le chirurgien peut-il être satisfait quand il a établi un » semblable cloaque ? » (Bouisson.)

» cupé de rechercher les procédés les plus commodes pour extraire les
» calculs volumineux, tandis qu'il n'eût fallu chercher que le procédé le
» plus simple et le plus innocent en lui-même. Dupuytren disait avec rai-
» son que « en chirurgie, ce ne sont pas toujours les procédés les plus
» brillants ni ceux qui ressemblent le plus à des tours de force, mais ceux
» qui inspirent le plus de confiance et de sécurité, qu'on doit préférer. »
» (Dict. cit., p. 81.) Et en effet, c'est par leurs conséquences qu'on doit
» apprécier leur valeur; on a exploré, mesuré, calculé les dimensions de
» tous les organes qui entourent la vessie, relativement à l'étendue des
» débridements compatibles avec l'intégrité des viscères; mais malgré ces
» mesures, on peut encore rencontrer des calculs trop volumineux pour
» être extraits impunément par le périnée. »

En effet, qu'enseigne l'anatomie, quand on examine l'étendue du débridement à opérer? On sait que le col de l'urètre peut admettre un sphéroïde de 5 lignes de diamètre et de 15 lignes de circonférence : un débridement transversal de 8 lignes ajoutant 16 lignes d'étendue, donnera une ouverture totale de 31 lignes de périmètre, propre à recevoir une sphère de 10 lignes de diamètre. Un débridement *oblique* (comme celui de la taille latéralisée) de 10 lignes ouvrira un espace de 35 lignes de circonférence, suffisant pour une pierre de 11 à 12 lignes de diamètre. Enfin un débridement *oblique bilatéral* de 9 lignes ouvre un triangle isocèle de 18 lignes de base, avec un périmètre de 3 pouces 8 lignes. M. Senn a estimé qu'une incision oblique à gauche de 10 à 11 lignes et une transversale à droite de 8 à 9 produiraient une ouverture de 52 lignes de circonférence. » Mais malgré tous ces calculs, que j'ai pris soin de résumer dans mon Anatomie médico-chirurgicale (art. *Périnée*, p. 451), les procédés de taille prostatique pourraient souvent être accusés d'impuissance; car si la dilatabilité de la prostate et l'élasticité du col, jointe à la déchirure qui accompagne le débridement, suppléent largement à ce qui manque pour les cas ordinaires, il n'en est plus de même pour les pierres énormes.

Il est d'ailleurs reconnu que « les incisions trop considérables ont l'inconvénient de dépasser la prostate, d'atteindre l'aponévrose pelvienne profonde, et de permettre à l'urine de s'épancher au-dessous du péritoine. » (Dict. en 15 vol., p. 99.) C'est le précepte que Dupuytren et Bégin proclament après Scarpa, Camper, Sharp, Bromfield, Cheselden et tous les grands maîtres. Aussi, renfermés dans ce cercle infranchissable, les modernes, tout en reconnaissant la taille périnéale latéralisée comme la meilleure, ont-ils été forcés de conclure « qu'on ne devait jamais extraire par le périnée un

calcul de plus de 20 lignes. » (Scarpa, MÉM. SUR LA TAILLE, p. 8). Or, d'après Deschamps, leur volume habituel chez l'adulte s'élève à 18 ou 20 : c'est donc dire qu'on renonçait à cette méthode même dans une foule de cas *ordinaires*. Qu'était-ce pour les autres?

Ainsi on se trouve acculé entre deux nécessités contraires. Scarpa a fort bien exposé ce double embarras du chirurgien : « Quand le calcul est très-volumineux, on ne peut tenter son extraction par le périnée, parce que l'espace triangulaire compris entre l'arcade du pubis, la branche de l'ischion et le col de la vessie a trop peu d'étendue... « D'un autre côté, l'incision de la base de la prostate et du col de la vessie ne peut être prolongée au delà de certaines limites sans donner lieu à une infiltration urineuse, et consécutivement à des abcès et à la gangrène du tissu cellulaire sous-péritonéal. » (MÉM. SUR LA TAILLE, p. 2.)

Pour sortir de cet écueil, je ne vois rien de mieux que l'*alliance de la taille et de la lithotritie ;* mais quand je dis qu'il faut combiner ces deux méthodes, je n'entends point qu'il faille recourir à la cystotomie alors seulement que le broiement aura échoué : ce serait s'exposer bénévolement à de grands dangers ; car il est d'observation que les tentatives préalables de lithotritie restées infructueuses diminuent les chances de succès pour la taille, comme l'établissent tous les auteurs qui se sont occupés de ce point, nommément Souberbielle (RAPPORT A L'ACADÉMIE, 1835, p. 148), Thierry (THÈSE DE CONCOURS, 1852, p. 150), Longhi (PARALLÈLE DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE), et les traités didactiques, etc. Voici un exemple que je puis fournir à l'appui.

CALCUL MONSTRUEUX, DE 36 LIGNES SUR 22 ; DEUX TENTATIVES DE LITHOTRITIE ; TAILLE LATÉRALISÉE ; MORT.

OBS. XXVII. — Un homme de 50 ans, batelier sur le Rhône, souffrait de la vessie depuis dix à douze ans. D'un tempérament vigoureux et sanguin, il avait longtemps résisté à sa maladie. Les écarts de régime, assez communs chez les hommes de rivière, ne firent qu'aggraver son état, et à la fin de 1844, il se vit forcé de quitter son métier de marinier. Il consulta ; on reconnut la pierre, et en février 1845, deux séances de lithotritie eurent lieu ; mais bien qu'elles eussent donné issue à beaucoup de fragments, on renonça à les continuer à cause du volume énorme de la pierre et de sa dureté excessive.

Le malade fut admis dans mon service à l'hôpital : il était très-fatigué et très-souffrant. La vessie paraissait profondément malade ; elle était littéralement remplie par un calcul monstrueux. Il y avait dysurie, besoins incessants de miction, urines catarrhales, fièvre, insomnie, anorexie, etc. L'état était très-

grave, et il ne pouvait y avoir d'espoir que dans l'opération. Je le taillai, le 15 mars 1845, par la cystotomie latéralisée. Je débridai obliquement la prostate avec l'armure n° 10. Je sentis avec le doigt les dimensions énormes de la concrétion urinaire; je me décidai aussitôt à la briser avec un fort lithotriteur à dents que j'introduisis avec précaution. L'agrégat était si dur qu'il ne céda qu'à un grand nombre de coups de marteau portés sur l'instrument, qu'on soutenait solidement avec l'étau à main. Je parvins à extraire les morceaux du calcul, qui, réunis ensuite, représentaient une concrétion monstrueuse de 36 lignes de long sur 22 de large et 15 d'épaisseur, le tout du poids de près de 200 grammes. Des injections multipliées d'eau de mauve détergèrent la vessie; il n'y eut pas d'hémorrhagie Tout se passa bien. L'opéré était très-satisfait de voir la pierre dont il était heureusement débarrassé; mais il avait été tellement abattu par ses longues souffrances, et si fort éprouvé par les deux tentatives de lithotritie et leurs suites, que les douleurs de la taille (l'éthérisation n'était pas encore inventée) le trouvèrent sans résistance, et il succomba le 18 mars.

Il est probable que nous aurions eu un meilleur résultat si deux tentatives inopportunes de broiement n'étaient venues aggraver l'état du malade. Aussi, quand je parle de l'alliance de la taille et de la lithotritie, j'entends combiner ces deux méthodes pendant l'opération elle-même, comme je vais le faire voir dans la suite de ce travail.

L'expérience démontre qu'il existe une relation entre les dangers de la cystotomie et le volume du calcul; de telle sorte que plus celui-ci est considérable, plus les procédés cystotomiques qui lui conviennent sont redoutables par leurs suites. En tenant compte de ce résultat pratique, ne serait-ce pas un progrès chirurgical immense que de borner la taille à la méthode qui inspire le plus de sécurité, c'est-à-dire à celle qui exige la plus petite ouverture dans la région périnéale (1), et à faire intervenir la lithotritie pour réduire les dimensions du calcul aux proportions de la voie déjà tracée par l'opérateur (Bouisson)? J'espère que les observations suivantes vont en fournir une démonstration péremptoire.

CONCRÉTION CALCULEUSE DE 21 LIGNES SUR 13, AUTOUR D'UN PASSE-LACET EN ACIER LONG DE 34 LIGNES; FISTULE VÉSICO-VAGINALE; INCONTINENCE D'URINE; ONANISME; COMBINAISON DE LA TAILLE URÉTRO-VESTIBULAIRE ET DU BROIEMENT; GUÉRISON.

Obs. XXVIII. — Une jeune fille de 17 ans, adonnée à l'onanisme, s'introduisit

(1) C'est avec raison qu'on regarde le *grand appareil latéralisé*, ou pour mieux dire « la *taille latéralisée*, comme le plus haut degré de perfection au- » quel on puisse porter l'opération de la taille périnéale. » (Scarpa, Mém. sur la taille, p. 4.)

dans l'urètre, en octobre 1842, un passe-lacet de près de 8 centim. Ce ne fut qu'en août 1843, c'est-à-dire dix mois après l'accident, qu'elle réclama les soins d'un médecin, alors que les souffrances qu'elle endurait l'obligèrent à garder le lit. Il ui conseilla de venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où elle entra le 24 décembre 1843 ns l'état suivant :

Maigreur générale, pâleur de la face, faiblesse très-grande; alitement depuis quatre mois; douleurs dans les lombes, l'hypogastre et les cuisses empirant par les mouvements et l'excrétion des urines. On sent le vagin barré par une tige métallique implantée perpendiculairement dans la paroi supérieure. Depuis huit jours les urines se perdent par le vagin. La sonde sent à l'entrée de la vessie un calcul volumineux fixé dans ce point par son extrémité inférieure.

Le 27, M. Bonnet saisit ce calcul avec un lithotriteur sous 11 ligne de diamètre. La pointe métallique avait peu à peu ulcéré et perforé la cloison vésico-vaginale d'où résultait une fistule. Le chirurgien pensa d'abord à broyer le calcul; il espérait que les mors du lithoclaste seraient assez forts pour briser le corps étranger; mais après mûre réflexion il renonça à commencer ainsi le traitement.

M. Pétrequin, à qui la malade fut confiée le 1er janvier 1844, ne sentit plus la pointe métallique dans le vagin; la malade ne perdait plus ses urines; la sonde trouvait bien la pierre dans la vessie, mais mobile; par les manœuvres de la première exploration, elle s'était sans doute dégagée; dès lors l'ulcération et la perforation vésicale n'étant plus entretenues par la présence d'un corps étranger, s'étaient cicatrisées d'elles-mêmes; ainsi avait cessé l'incontinence d'urine. M. Pétrequin pratiqua diverses explorations avec le lithotriteur de Heurteloup, soit pour mesurer la pierre qu'il saisit sous 11 lignes et demie, soit pour essayer ce que pourrait la lithotritie. La tige résista complétement aux efforts faits pour la ployer. On reconnut aux débris que le calcul était en grande partie composé de phosphate de chaux. L'indocilité de la malade, ses mouvements incoercibles, la sensibilité extrême des organes génito-urinaires et l'impossibilité où l'on était de faire garder une injection dans la vessie détournèrent de la lithotritie dans ce cas. On craignait aussi que le corps étranger ne se laissant ni plier ni casser la malade ne fût exposée à subir les accidents de la lithotritie pour le calcul, et ensuite la lithotomie pour être débarrassée du noyau métallique.

Mais quelle méthode suivre? Dans la taille *urétrale bilatéralisée* avec le double lithotome caché de Flurant de Lyon, renouvelé par Dupuytren, on n'est pas sûr d'éviter les parois du vagin, et par conséquent il peut survenir une fistule; on risque en outre de laisser une incontinence d'urine, d'autant mieux qu'on divise l'urètre en deux.

La taille *urétrale latéralisée* est passible des mêmes reproches et donne chez la femme une trop petite ouverture.

La taille *vestibulaire* n'ouvre également qu'un étroit espace; on ne peut se servir que de petites tenettes, et dans les manœuvres d'extraction l'urètre et le col de la vessie sont froissés par le calcul, tiraillés et contus par les instruments,

si bien que l'incontinence d'urine est peut-être plus à craindre que s'ils eussent été divisés.

Nous avons vu (voy. obs. 17) que la taille *vésico-vaginale* expose à une fistule souvent incurable et presque aussi désagréable que la pierre elle-même; on crut devoir employer une variété de *taille urétro-vestibulaire* comme on va voir.

La malade fut placée et attachée comme pour l'opération de la taille chez l'homme. On introduisit dans l'urètre un cathéter cannelé, qui servit de conducteur au lithotome caché dont le tranchant fut dirigé en haut et à peu près à gauche; on le retira en élevant légèrement sa lame pour faire une plaie au moins aussi étendue intérieurement qu'extérieurement. Il avait été armé de manière à faire aux téguments une incision de 10 lignes, ce qui ne donna au col, vu sa dilatabilité, qu'une incision d'environ 2 lignes. L'index s'assura de la position du corps étranger. Il était situé transversalement dans le bas-fond de la vessie. Un gorgeret mousse à crête servit de conducteur aux tenettes qui saisirent le calcul en basculant. M. Pétrequin s'occupa d'abord de lui donner une direction presque parallèle à l'axe de la plaie; puis il chercha à le briser en plusieurs noyaux; il y réussit après quelques efforts. Alors les tenettes retirèrent d'abord deux fragments de volume moyen, et enfin un dernier de 17 lignes de long sur 12 de largeur et 5 d'épaisseur. Trois débris plus petits furent extraits avec la curette, et beaucoup d'autres sortirent à l'aide d'injections multipliées.

L'aiguille restait encore dans la vessie où elle avait repris sa première situation; M. Pétrequin parvint une seconde fois à lui donner une position meilleure et à l'extraire sans blesser les parois du vagin ni les tissus environnants. Elle a 34 lignes de long et 3 quarts de ligne d'épaisseur; elle est en acier solide et complétement inflexible. Les fragments du calcul réunis donnèrent un ovoïde de 21 lignes de long sur 13 de large, que M. Pétrequin conserve dans sa collection. Son grand axe est représenté par la tige métallique qui déborde de chaque côté, et autour de laquelle la substance calculeuse s'est uniformément déposée. (Injections tièdes avec une seringue à courant continu; tis. violettes et tilleul; potion calmante diacodée; diète, repos horizontal.)

Deux heures après l'opération, une hémorrhagie est provoquée par de coupables tentatives d'onanisme; on l'arrête avec un tampon tourné en spirale autour d'une sonde qu'on laisse à demeure et qui exerce ainsi une compression excentrique.

24 janvier. Elle a bien dormi cette nuit. Douleurs presque nulles, excepté dans la plaie; urines faciles, pas d'appétit, un peu de fièvre. (Bouillon.)

25 janvier. La plaie va bien; sommeil. (Bouillon de riz.)

26 janvier. L'hémorrhagie produite par la masturbation n'est pas revenue; à en juger par le symptôme tiré de la déformation particulière de l'iris, ainsi que M. Pétrequin l'indique dans son ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (*œil*, p. 112), la masturbation n'aurait pas eu lieu depuis lors. On surveille la malade. Dou-

leurs nulles, pas de selles, état général bon, urines faciles. (Lavement, soupe de riz, œuf, le quart.)

28 janvier. Évacuation alvine. On ôte le tampon et la sonde. Les petites lèvres, surtout la gauche, sont fortement œdématiées.

1er février. Nouvelle selle, pouls bon, pas de céphalalgie, amélioration progressive. (Bain de siége.)

7 février. La plaie a bonne apparence, les petites lèvres sont moins œdématiées, mais la cicatrisation ne marche pas vite, parce que, malgré tous les soins de surveillance, l'opérée se livre toujours à son funeste penchant. On lui attache les mains.

9 février. Les progrès de la cicatrisation sont sensibles ; il y a toujours incontinence d'urine. (Bain de siége.)

11 février. La plaie n'a plus environ que 4 lignes ; l'urine s'échappe encore dans les efforts de toux et de défécation. La malade se lève, on est obligé de la surveiller constamment.

17 février. La plaie est presque cicatrisée. L'incontinence persiste encore.

29 février. L'état général s'est amélioré. La malade sort de l'hôpital. (Recueillie par le Dr Oliver.)

Le broiement de ce calcul volumineux simplifia beaucoup l'opération de taille, et nous permit heureusement d'éluder les conséquences, toujours graves, des extractions difficiles qu'on n'accomplit jamais qu'avec beaucoup d'efforts et de danger.

Quant à l'incontinence, je remarquerai qu'elle n'avait pas constamment lieu, que les draps du lit n'étaient pas toujours mouillés, et qu'en la sondant on trouvait ordinairement de l'urine dans la vessie; elle ne perdit son urine qu'après être restée un certain temps sans la rendre volontairement. Outre les causes physiques et opératoires, il ne faut pas oublier de tenir compte de l'atonie et de la laxité qu'avait dû produire l'habitude ancienne de la masturbation. Pour la soustraire à ce vice, on fit lever la malade tout le jour, dès que l'état local et général le permit; on pouvait mieux la surveiller que dans son lit. C'est depuis lors surtout que la plaie a marché vite vers la cicatrisation ; auparavant il avait fallu lui attacher les pieds et les mains. Elle a dû recevoir dans les souffrances de la taille la plus douloureuse et la plus terrible leçon pour se corriger de ses habitudes vicieuses ; on peut espérer que, avec la cicatrisation entière de la plaie (voy. obs. 24 et 25), les organes urinaires recouvreront leurs fonctions. On constate, en consultant les recueils d'observations, que le même résultat a eu lieu chez une fille de 22 ans opérée en 1832 par M. Gorgone (de Palerme), et qui cessa de perdre ses urines dès que les forces revinrent (2e rapport, p, 19); que

la miction s'accomplit régulièrement chez deux autres femmes taillées par M. Pamard (obs. 49 et XI oper. cit.), etc. Manoury, dans le JOURNAL DE CHIRURGIE de Desault (1791, t. I, p. 42), nous apprend, d'après la statistique décennale des femmes taillées à l'Hôtel-Dieu de Paris, que l'incontinence d'urine, si fréquente après la dilatation *forcée* du col vésical et de l'urètre, n'a généralement pas lieu après l'incision.

L'alliance de la taille et de la lithotritie a produit le plus heureux effet dans le cas suivant où le succès est entièrement dû à cette méthode mixte.

CALCUL ÉNORME REMPLISSANT LA VESSIE ; COMPLICATION DE CYSTITE, DE STRANGURIE, D'HÉMATURIE, AVEC FIÈVRE, ETC. ; COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE ; GUÉRISON.

OBS. XXIX. — En 1847, un jeune homme de l'Ain, ouvrier confiseur à Lyon, âgé de 22 ans, est adressé à M. le docteur Pétrequin pour une maladie chronique de la vessie. Le mal a empiré depuis deux ans. Il y a douleurs vives à l'hypogastre, besoins fréquents d'uriner, se renouvelant dix à douze fois par nuit ; miction difficile et douloureuse, urines catarrhales souvent mêlées de sang, perte de sommeil, fièvre, trouble des fonctions digestives, etc. Le malade a été obligé de quitter son métier ; il se trouve dans un état fâcheux, avec éréthisme, amaigrissement, débilité, etc. M. Pétrequin le sonde, et nous fait reconnaître la présence d'un calcul ; les difficultés du cathétérisme lui font soupçonner une concrétion énorme, et en effet l'exploration par le rectum et la mensuration avec un lithotriteur gradué montrent que la pierre est si volumineuse qu'elle remplit complétement la vessie.

On se prépare à l'opération qui est pratiquée le 12 août 1847 par la méthode latéralisée. Il y a difficulté à charger la pierre et impossibilité de l'extraire à cause de ses dimensions. M. Pétrequin la saisit alors avec un lithotriteur à dents, qu'il fixe sur un étau à main et le brise à coups de marteau. La vessie est toute pleine de fragments qu'on extrait successivement tantôt avec les tenettes, tantôt avec la curette, en s'aidant à plusieurs reprises d'injections émollientes. Le malade étant éthérisé ne souffre point ; on le reporte à son lit, dès que la poche urinaire a été vidée par les instruments et balayée par les jets d'eau de mauve. Il s'est écoulé peu de sang. (Pansement avec une mèche de charpie).

Les suites de l'opération furent très-heureuses : la plaie qui menaçait de s'enflammer fut lotionnée et injectée ; des bains de siége, des lavements, des grands bains amenèrent rapidement la guérison, et le malade put sortir de l'hôpital le 5 septembre.

On l'a revu le 7 janvier 1848, la guérison ne s'était pas démentie. (Recueillie par M. Bourland.)

Voilà à coup sûr un cas entouré de tant de difficultés qu'on n'eût pu l'entreprendre avec succès ni par la taille ni par la lithotritie *isolément;* au contraire, en combinant ces deux méthodes, on a réussi à obtenir une belle guérison. La pierre était si volumineuse que les débris remplissaient un grand verre : quelle large ouverture n'eût-il pas fallu pour l'extraction pure et simple ! le débridement nécessaire n'eût pas été compatible avec les limites de la prostate. J'ai déjà rapporté plus haut (voy. obs. 20) une observation analogue qui rentre dans cette catégorie, et où le broiement permit, comme ici, d'échapper aux dangers de la taille seule, qu'auraient beaucoup augmentés les complications coexistantes. On voit que cette combinaison paraît devoir être aussi heureuse que commode, dans les cas de pierres volumineuses, et assurément on n'avance rien au delà du vrai en affirmant qu'il faut lui rapporter les guérisons qui précèdent, ainsi que la suivante :

CALCUL ÉNORME ; COMPLICATION DE CYSTITE, D'INCONTINENCE D'URINE, DE DÉBILITATION GÉNÉRALE, AVEC FIÈVRE, ETC.; COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE ; GUÉRISON.

Obs. XXX. — Le 17 juin 1849, on admit à l'Hôtel-Dieu de Lyon un jeune berger d'Aoste (Isère), âgé de 14 ans, atteint d'une maladie chronique des voies urinaires. Il raconte que, depuis un an surtout, il souffre beaucoup des urines, les difficultés de la micturition ont sensiblement augmenté depuis neuf à dix mois ; son état étant devenu insupportable, il se décide à consulter M. Comte, médecin du pays, qui, ayant reconnu par le cathétérisme la présence d'un calcul, adresse le malade à M. Pétrequin, qui nous fait constater ce qui suit :

Il y a dysurie, besoins fréquents d'uriner, micturition très-douloureuse, etc. Les urines coulent souvent goutte à goutte, sans pouvoir être retenues ; elles donnent un dépôt catarrhal. L'état général est mauvais ; le malade est chétif, peu développé pour son âge ; il a une teinte semi-chlorotique. On entend un léger bruit de souffle dans les carotides. Souvent le soir il y a une exacerbation fébrile. Le ventre est sensible et douloureux. Le malade a eu à plusieurs reprises des indigestions et parfois la diarrhée ; il attribue son mal de vessie à des refroidissements successifs.

Le 22, M. Pétrequin, après l'avoir laissé reposer quelques jours, pratique le cathétérisme presque sans douleur, et nous fait reconnaître l'existence d'une pierre qu'il soupçonne d'un grand volume. On prépare le malade à l'opération par des lavements, des bains, un régime analeptique et une purgation légère.

Le 30 juin, M. Pétrequin pratique la taille périnéale latéralisée, en présence des docteurs Barrier, Desgranges, Valette, Rambaud, Leroy fils (de Grenoble), Carmouche, Cailliet, etc. Éthérisation préalable. Incision périnéale de 10 lignes en avant de l'anus. Il survient une petite hémorrhagie qui paraît provenir

d'une branche de la superficielle du périnée. Néanmoins on continue l'opération (on la lie plus tard); débridement de la prostate avec l'armure nº 9. On sent la pierre avec le doigt, mais on ne peut ni l'extraire ni la charger à cause de son volume énorme. M. Pétrequin prend le parti de la broyer avec un lithotriteur à cuillers et à dents, qu'il fixe sur un étau à main, et il brise le calcul à coup de marteau. Les fragments sont ensuite extraits successivement; ils demandent certaines précautions parce qu'ils s'écrasent sous la pression des tenettes. Le noyau le plus volumineux des débris est retiré le dernier. On pratique des injections multipliées dans la vessie, et, après s'être assuré qu'elle est vide et déblayée, on applique une sonde garnie de charpie et de linge. (Repos, diète, tisane et potion calmante.)

Le 1er juillet, l'opéré souffre de la sonde. On l'enlève.

2 juillet. Fièvre modérée, nuit meilleure.

3 juillet. Fièvre moindre. (Bain de siége pour prévenir l'inflammation de la plaie; bouillon de riz.)

5 juillet. État général bon, ventre libre, appétit inconstant. (On continue les bains de siége.)

8 juillet. L'urine sort par le plaie presque sans cuisson; la cicatrisation marche.

12 juillet. Les progrès de la cicatrisation sont ralentis. On s'aperçoit que le malade se livre à la funeste habitude de la masturbation. Le retour des forces est lent; il y a parfois une petite fièvre irrégulière. On le fait surveiller. (Bain, régime analeptique.)

15 juillet. Il sort depuis quelques jours un peu d'urine par l'urètre; il paraît qu'il en a suinté aussi quelques gouttes de pus. La plaie a beaucoup diminué d'étendue, mais elle laisse encore passer la majeure partie des urines. Le malade demande à retourner dans son pays. Il fera des lotions de propreté et des pansements avec du vin sucré.

Nous avons appris que la plaie se ferma peu à peu; quinze jours après son départ, elle ne laissait plus sortir l'urine qui prenait toute la voie du canal; il ne souffrait plus et urinait aussi bien qu'avant la maladie; en même temps la santé se rétablit. (Recueillie par M. L. Gubian, élève des hôpitaux de Lyon.)

La guérison a été ici d'autant plns heureuse que les complications étaient plus graves et plus nombreuses. L'état général avait été profondément altéré par l'affection calculeuse. Dans ce cas comme dans le cas suivant, le débridement nécessaire pour l'extraction de la pierre eût dépassé les limites de la prostate, et exposé ainsi aux infiltrations d'urine, aux abcès gangréneux et consécutivement à la mort. La méthode mixe dont il s'agit nous a mis à même d'échapper à ces graves dangers, en simplifiant le mode opératoire et ses suites.

CALCUL VOLUMINEUX, TRÈS-DUR, AVEC COMPLICATION DE CYSTITE, DE RÉTENTION D'URINE, ET PLUS TARD DE FISTULE URINAIRE, ETC. ; COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

Obs. XXXI.—En 1848, un ouvrier tisserand de Saint-Jean-de-Bournay (Isère), âgé de 27 ans, fut amené à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une maladie très-grave des voies urinaires. Il paraît que depuis l'enfance il a souffert dans l'émission des urines. Son mal s'est aggravé depuis deux ans surtout, époque où il fut atteint d'une rétention d'urine. Le médecin ne put le décider à subir le cathétérisme, et fut obligé de se borner à un traitement palliatif par les diurétiques. Le malade ne fut que soulagé ; tantôt l'urine sortait par un jet saccadé et interrompu, tantôt elle s'écoulait en bavant. A plusieurs reprises, il y eut rétention d'urine ; le malade se livrait parfois aux boissons alcooliques, et il prétend que la micturition en devenait momentanément plus facile, au point qu'il rendit ainsi plusieurs graviers. Néanmoins le mal empira toujours, le ventre enfla, le scrotum et la verge se tuméfièrent, avec douleurs vives dans l'hypogastre et au périnée ; l'émission des urines fut arrêtée ; il s'ouvrit une fistule à la racine de la verge ; il s'en écoula beaucoup d'urine mêlée de pus et de mucus.

C'est dans cet état qu'on l'apporta à l'hôpital. M. Pétrequin, le 28 octobre 1848, constata ce qui suit : besoins fréquents d'uriner, se renouvelant huit à dix fois dans la nuit ; douleurs pendant la micturition et dans les mouvements brusques ; trajet fistuleux à la racine de la verge à gauche, vers les bourses, donnant issue à l'urine ; tuméfaction du scrotum et de la verge. Les urines sont albumineuses. Le cathétérisme est très-difficile et ne peut se pratiquer qu'avec une sonde d'un petit calibre. M. Pétrequin rencontre un gravier dans la région prostatico-membraneuse, et une grosse pierre dans la vessie. L'état général est mauvais ; il y a peu de sommeil ; appétit médiocre, fièvre, affaiblissement, alitement forcé.

Le 2 novembre 1848, après un traitement préparatoire, M. Pétrequin procède à l'opération par la méthode latéralisée, après éthérisation préalable. La prostate est débridée avec l'armure n° 10. La pierre est chargée avec les tenettes, mais ne peut être extraite à cause de son grand volume. M. Pétrequin se décide aussitôt à l'attaquer avec un lithotriteur à cuillers dentées ; il la saisit sous un diamètre de 21 lignes, et fixant le lithotriteur avec un étau à main, il la brise à coups de marteau. Il fait sauter d'abord la couche corticale, et divise le reste en plusieurs fragments. On les retire ensuite, tantôt avec des tenettes, tantôt avec la curette, on s'aide d'injections multipliées pour balayer la vessie après que le noyau a été extrait lui-même. La pierre est dense, d'une texture serrée et très-dure ; elle dépasse la grosseur d'un œuf. La vessie vidée, on introduit une mèche de charpie dans la plaie.

3 novembre. Le malade a dormi ; peu de fièvre, appétit.

6. Peu de douleurs à la plaie, fièvre bénigne, soif, légère tuméfaction à l'hypogastre. (Cataplasme, lavement.)

10. Amélioration progressive, appétit. (Bain de siége.)

15. Il sort un peu d'urine par le canal. On pratique le cathétérisme pour rétablir la perméabilité de l'urètre.

20. La plaie s'est rétrécie de près de moitié ; l'opéré reprend ses forces de jour en jour.

24. Les fistules à la racine de la verge paraissent cicatrisées ; une seule laisse encore parfois suinter un peu d'urine. État général de plus en plus satisfaisant.

30. L'urine, quand l'opéré tousse, sort du canal par jet ; elle s'écoule aussi par cette voie, quand il urine dans son lit ; mais elle sort encore par la plaie, en partie, quand il va à la chaise et fait des efforts de défécation.

8 décembre. L'urine sort facilement par la verge.

15. La plaie est presque entièrement cicatrisée ; l'état général est satisfaisant.

28. On pratique de temps en temps le cathétérisme, ainsi que des injections dans la vessie ; on continue les bains de siége, les lavements par intervalle.

2 janvier 1849. Le succès de l'opération paraît complet ; le malade dort bien, mange avec appétit, se promène dans le jour et reprend ses forces ; il parle de sa sortie prochaine, et le 11 janvier, on est très-surpris, à la visite du médecin, d'apprendre qu'il a succombé dans la nuit, de mort subite. Il s'est plaint de coliques, de suffocations, et a expiré rapidement au milieu de malaises imprévus. On ne put faire l'autopsie ; les renseignements recueillis avec soin sur ce malade autorisent à penser qu'il est mort d'une indigestion. (Recueillie par MM. Kémy et L. Gubian.)

Malgré cette fin inattendue, je me crois obligé à citer cette observation comme un exemple de succès pour la méthode opératoire mixte que je propose : on ne saurait, en effet, soutenir que le malade est mort de l'opération, car lorsqu'il a succombé, deux mois et neuf jours après la taille, non-seulement la plaie, mais encore les complications de la pierre étaient guéries. J'ai eu plusieurs fois occasion de constater, à l'hôpital, des morts subites par indigestion, chez des malades en convalescence, ou chez des opérés prêts à sortir du service ; pour celui-ci, qui était d'un appétit glouton, le fait s'explique par les habitudes de l'individu.

Je me bornerai à ces exemples pour reprendre la suite de la discussion : ils suffisent pour démontrer expérimentalement combien l'alliance de la taille et de la lithotritie peut être féconde en heureux résultats pour la chirurgie.

Lorsque, dans un cabinet d'anatomie pathologique, on vous montre avec

complaisance d'énormes pierres vésicales, on a lieu de se demander quelle a été la suite de l'opération, et si la conservation de ce calcul *intact* n'a pas été en raison inverse de la conservation du malade. Songer à conserver les calculs entiers peut être une bonne chose pour un musée où ils figurent admirablement pour la curiosité des visiteurs; mais il n'en est pas de même à l'égard du patient : ce serait une puérilité que de ne pas sacrifier le salut de l'un au salut de l'autre.

Depuis Ammon (d'Alexandrie), on a plus d'une fois cherché à briser la pierre pour mieux l'extraire ; nous avons vu plus haut combien les divers instruments mis en usage étaient défectueux. Aussi, condamnés par les grands maîtres, ont-ils été tour à tour abandonnés dans la pratique; ils manquent même dans la plupart des arsenaux, et ne figurent plus que dans l'histoire de l'art.

Les modernes ont cherché dans la nature des incisions un moyen de triompher de cet obstacle; mais il s'est rencontré souvent une disproportion insurmontable entre les deux termes de la question : c'est sous l'empire de cette crainte qu'on a imaginé les méthodes hypogastriques et vésico-vaginales ; on se croyait dans la nécessité d'extraire intacts les calculs volumineux, ou dans l'impossibilité d'agir autrement. Mais si les concrétions urinaires peuvent librement acquérir des dimensions considérables, il n'en est pas de même de l'étendue qu'il est permis de donner à l'incision. Les plus grandes peuvent être les plus commodes, mais elles sont loin d'être les plus innocentes; Scarpa a parfaitement résumé ces inconvénients pour les tailles périnéales : « Il existe, dit-il, dans la taille latéralisée, des » limites que l'on ne peut franchir *sans exposer le malade à des acci-* » *dents plus graves que ceux qui résultent de la présence d'une pierre* » *dans la vessie.* » (Oper. cit., p. 9.) Ces limites, nous les avons fait connaître au début de cette discussion.

Les recherches modernes ont eu, entre autres avantages, celui de nous éclairer sur la méthode périnéale la meilleure ; aujourd'hui ce sera améliorer encore cette méthode que la rendre toujours suffisante : il s'agit, en tenant compte de toutes ces données, de combiner la taille et la lithotritie dans une seule et même opération ; il s'agit de régulariser cette manœuvre en la généralisant pour les pierres volumineuses, et de transformer ainsi en pratique régulière ce qui n'a été qu'un acte opératoire exceptionnel ou une inspiration souvent désespérée. Nous avons la conviction que cette méthode mixte, élevée au rang des *opérations réglées*, fera perdre à la taille un grand nombre de ses dangers.—M. le professeur Bouisson, dans son excel-

lent travail sur *la lithotritie par les voies accidentelles* (Gaz. Méd., 1849, n. 40 et 41) a été lui-même saisi de cette idée : il en a parfaitement compris l'importance. En lithotritiant par des fistules périnéales, il a montré le parti qu'on pourra en tirer pour les cas anormaux ; il insiste avec raison sur les avantages qu'on en retirera pour la pratique ordinaire. Je suis heureux de m'étayer de l'opinion d'un chirurgien aussi distingué.

Toutefois, comme il n'est question dans son mémoire que de faits exceptionnels, et que nous nous occupons ici de l'ensemble des faits graves de la pratique habituelle ; comme il a proposé cette méthode mixte par induction, mais qu'il ne l'a pas exécutée lui-même ; comme enfin, dans la seule observation de taille qu'il cite à l'appui, il a employé les tenettes ordinaires et non les instruments de la lithotritie, le lecteur pourrait peut-être conserver des doutes, peut-être aussi est-ce pour cette cause que cette pensée ne s'est pas généralisée dans le monde médical, et que depuis la publication de ce travail, la presse n'a pas enregistré d'autres observations analogues.

Pour moi, pénétré de l'immense portée de cette méthode, je me suis depuis longtemps préoccupé de son étude, et c'est après l'avoir mise en pratique à l'état d'*opération réglée* successivement en 1844 (obs. XXVIII ; voy. Bullet. thérap., juin 1848), en 1845 (voy. obs. XXVII), en 1847 (obs. XXIX), en 1848 (obs. XX et XXXI), en 1849 (obs. XXX), etc., que j'ai cru devoir faire connaître le résultat de mes recherches. Il m'a semblé que le précepte vaudrait mieux, étant déjà sanctionné par l'expérience : la leçon est toujours préférable quand elle est fondée sur des exemples, et quand la pratique est venue l'unir à la théorie.

La lithotritie, avec ses instruments commodes et ses manœuvres puissantes, a ouvert une ère nouvelle. Les contemporains, en condamnant avec raison les instruments vicieux avec lesquels les anciens avaient voulu aborder la difficulté, ont abandonné cette partie du problème pour concentrer leurs efforts ailleurs. Ceux même qui ont envisagé ce point de la question ne semblent pas avoir été toujours bien inspirés.

« Les instruments de lithotritie, *construits sur des dimensions consi-*
» *dérables*, et d'ailleurs *plus courts* que ceux qu'on introduit dans l'urè-
» tre, *pourront peut-être*, dans les cas de pierres excessivement volumi-
» neuses, offrir, après les divers modes de cystotomie, de précieux avan-
» tages, afin de réduire les calculs en fragments, sans occasionner de
» lésions à la vessie. Il est à désirer que, *modifiés ainsi*, ils prennent
» place dans l'appareil instrumental de la taille. » (Dict. en 15 vol., 1831,

t. VI, p. 121.) — Remarquons que ces instruments ne sont proposés qu'avec doute et hésitation ; il est dit qu'ils *pourront peut-être* servir. On reconnaît les auteurs qui écrivent quelques lignes plus haut : « Et surtout en brisant sous une pression très-considérable des pierres très-dures, les fragments projetés avec violence peuvent occasionner dans l'organe des lésions profondes (1) et graves. » D'ailleurs, à quoi bon modifier les lithotriteurs? pourquoi les faudrait-il plus considérables? Est-ce donc qu'alors qu'on touche le calcul du bout du doigt, il faut un brise-pierre plus fort que lorsqu'on le conduit à travers l'urètre tout entier? — Pourquoi aussi les faudrait-ils plus courts? où en est la nécessité? peut-on imaginer que la lithotritie aura besoin d'instruments extraordinaires, précisément quand elle est facilitée par une taille préalable? Si l'on veut des instruments qui puissent être d'une application générale (2), il faut utiliser

---

(1) Si ces craintes n'étaient pas exagérées, ce serait la condamnation de la lithotritie. Comment, en effet, serait-elle alors admissible et praticable? L'expérience parle autrement ; et d'ailleurs, il ne faut pas oublier que la présence d'un liquide injecté dans la vessie amortit singulièrement la force de projection des fragments, et protége ainsi les parois vésicales contre la violence prétendue de leur choc.

(2) Peut-être un chirurgien exercé pourra-t-il parvenir, avec les instruments lithotriteurs mieux qu'avec les tenettes, à dégager et extraire certains calculs enchatonnés, qui sans cela deviennent littéralement une pierre d'achoppement, et qui ont forcé plus d'une fois de laisser l'opération inachevée. Ce sont, en effet, de meilleurs agents de préhension ; peut-être encore pourrait-on espérer mieux réussir de la sorte dans certaines anomalies, comme dans l'observation suivante, qui nous offre un exemple curieux de vessie supplémentaire.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE ; CYSTITE CALCULEUSE ; VESSIE DOUBLE.

Obs. XXXII. — Le 13 janvier 1846, un sellier, âgé de 45 ans, succomba à une affection urinaire chronique. L'urètre est le siége d'un rétrécissement considérable, de 2 centimètres d'étendue, au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée, depuis le bulbe jusqu'à la portion membraneuse, dont la partie profonde est au contraire fort dilatée. La prostate n'est pas malade. La vessie est à demi pleine ; incisée d'avant en arrière, elle apparaît double : on trouve la vessie normale en avant, et l'on rencontre en arrière et à gauche une seconde poche urinaire, du volume d'une orange, et communiquant avec la première par un orifice lisse et arrondi, d'un diamètre de près de 2 centimètres. La muqueuse, dans les deux cavités, est rougeâtre, inégale, épaissie généralement ; les parois sont tapissées par une multitude innombrable de graviers comme des

à cet effet ceux que l'art possède déjà, surtout quand ils remplissent toutes les conditions désirables; autrement on ne fera que surcharger l'armentarium, et compliquer la manœuvre si l'on exige des instruments particuliers pour chaque cas; on l'a dit avec raison : « Il est certain que les procédés » opératoires les plus simples sont ordinairement les plus sûrs. » (Scarpa, op. cit., p. 45.) Ajoutons que ce sont aussi les plus commodes et les plus convenables.

Il reste maintenant à bien s'entendre sur le procédé opératoire. Il faut bien comprendre que la pression et la percussion n'ont ni le même rôle ni la même valeur. (M. Heurteloup insiste avec raison sur cette différence) : ainsi les instruments à pression simple sont de beaucoup inférieurs à ceux à percussion ; voilà pourquoi les tenettes ne sauraient se comparer aux lithotriteurs ; en voulant substituer ceux-ci à celles-là, on saisirait mal l'intention de ce mémoire, et l'on altérerait le sens pratique de la question. Quand les lithotriteurs à percussion sont bien manœuvrés, ils agissent plus efficacement que les autres ; il faut moins de force ; le broiement s'opère plus vite et plus sûrement ; quelques coups secs de marteau désagrégent plus aisément les concrétions urinaires, que de violents efforts avec le pignon. Enfin la pression progressive expose plus à fausser les instruments que la percussion bien conduite ; et si l'on établissait une statistique de ceux qui ont été cassés ou courbés dans la vessie, on trouverait certainement que le plus mauvais lot incombe à la première. Ajoutons que le brisement du calcul est mieux fragmenté avec le marteau : le tout est de bien fixer le lithotriteur avec l'étau à main, pour que les secousses qu'imprimerait chaque coup n'aillent point ébranler la vessie et les organes du petit bassin.

L'éthérisation, que je n'emploie généralement pas dans la lithotritie (parce que je veux avoir un guide dans la sensibilité du malade), l'éthérisation est ici d'un grand secours : non-seulement elle met le patient à l'abri des souffrances de la taille, mais encore elle donne au chirurgien le temps de combiner avec calme les divers temps de l'opération. La cystotomie est accomplie, mais la pierre offre des dimensions disproportionnées ; c'est alors qu'il s'agit de mettre à profit les pratiques de la lithotritie : il

---

grains de sable ; il en résulte un aspect qu'on peut comparer à celui d'une incrustation à la chaux.

Il semble que la vessie accessoire s'est formée par l'éraillement de la muqueuse avec distension des deux autres tuniques.

s'agit de substituer des instruments éprouvés à la curette insuffisante et aux tenettes impuissantes ou dangereuses. Au lieu de manœuvrer à travers la longueur de l'urètre et à la profondeur du périnée, on opérera directement par la plaie; en un mot, on combinera la taille et la lithotritie.

Les injections multipliées, que j'ai déjà beaucoup recommandées (voy. 2e partie), sont encore plus nécessaires ici que dans la taille seule; il faut expulser jusqu'aux moindres débris; il faut balayer et déterger les parois de la poche urinaire, et il importe de lotionner avec cette douche adoucissante tous les points qui ont pu être froissés.

Je terminerai en répétant ce que j'ai dit ailleurs (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, in-8°, 1850, p. 48), avec une conviction profonde : « Le calcul le plus volumineux sera brisé aisément à l'aide de l'étau » à mains et du marteau : on réalise ainsi le broiement de la pierre en une » seule séance. Celles que leurs dimensions rendraient inextractibles ou » même inopérables impunément par les méthodes usuelles, se réduisent » et cèdent à cette puissante combinaison. Ceux-là seuls qui connaissent » les embarras indicibles d'un opérateur en présence de ces énormes con- » crétions urinaires, qu'aucun instrument n'est capable d'extraire de la » vessie, peuvent apprécier tout le prix d'une méthode qui doit les sauver » de pareilles épreuves. Pour moi, qui l'ai pratiquée plusieurs fois avec » succès, je m'empresse de dire que je lui dois non-seulement la possibi- » lité d'une terminaison heureuse pour diverses tailles qu'il eût peut-être » fallu laisser inachevées sans elle, mais encore la vie et la guérison de » plusieurs de mes malades. »

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION. — Nécessité et opportunité d'étudier comparativement la taille et la lithotritie; conditions propres à rendre cette étude profitable. 3

PREMIÈRE PARTIE. — Étiologie et thérapeutique des accidents et complications de la lithotritie. 4

Lithotritie chez la femme. — Multiplicité des calculs; complications de cystite, d'incontinence d'urine, de cystalgie, etc. 5

Chez l'homme. — Complications : Catarrhe vésical; rétrécissement du méat, de la fosse naviculaire, du canal, etc.; dysurie; hypersensibilité du col; fièvre intermittente. 8

Accidents : Encombrement du col et du canal; œdème de la verge; phimosis; fièvre urétrale; orchite; urétrite; névralgie du col; indigestion; bronchite; pneumonie; fièvre intermittente; diathèse calculeuse. 10

Traitement des complications et accidents; formes thérapeutiques. . . . 9

DEUXIÈME PARTIE. — Étiologie et thérapeutique des accidents et complications de la taille. 39

Particularités opératoires : Extraction des corps étrangers; taille hypogastrique; taille en deux temps; taille vésico-vaginale; taille périnéale latéralisée; taille bilatérale; taille urétrale; extractions des calculs de l'urètre, etc. 40

Complications : Corps étrangers; calculs multiples; cystite; dysurie; incontinence d'urine; engorgement de la prostate; fistules urinaires; rétrécissements; hernie inguino-scrotale; marasme; fièvre; catarrhe pulmonaire, etc. 50

Accidents : Hémorrhagies; leur origine; manière de les éviter et de les combattre; lésions du rectum; fistules urinaires, etc. 60

Thérapeutique : Éthérisation; diagnostic; cathétérisme, injections; pansement; récidives; diathèse calculeuse, etc. 47

TROISIÈME PARTIE. — Combinaison de la taille et de la lithotritie. 71

Dangers des calculs volumineux; inconvénients des instruments des

anciens ; dangers des débridements trop étendus de la prostate ; utilité de l'alliance de la taille et de la lithotritie dans une seule opération. . . 72
Complications : Calculs énormes ; fistule vésico-vaginale ; incontinence d'urine ; strangurie ; hématurie ; cystite aiguë et chronique ; rétention d'urine ; vessie double ; fièvre ; adynamie, etc. 76
Particularités opératoires. — Combinaison heureuse de la lithotritie avec la taille urétro-vestibulaire, avec la taille latéralisée, etc. ; manière de régulariser l'opération ; exemples cliniques ; règles pratiques pour le broiement à percussion ; injections, etc. 71